Rok XLIII. Kraków 17 Września 1904. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prymayrusz Radca ces. Dr. A. Krokiewicz).

Eumydrina jako lek przeciwpotny.

Napisał
Dr. Bernard Engländer,
sekundaryusz oddziału.

Jednym z najbardziej przykrych objawów, tak w przebiegu gruźlicy płuc i narządów wewnętrznych, jak również w chorobach gorączkowych i zakaźnych, są niewątpliwie poty. Nauka lekarska rozporządza dość sporą liczbą środków leczniczych przeciwpotnych, jak siarkan atropiny, agarycyna, napar szałwia, sulfonal, mesotan, tannoform, telluran potasowy i t. d., lecz nie wszystkie one działają należycie pewnie i szybko, przyczem niektóre z nich wywołują częstokroć nieprzyjemne i niebezpieczne dla chorego przypady uboczne i mimo swej niezawodnej skuteczności nie znajdują szerszego zastosowania (np. formalina). To też z prawdziwemi uznaniem wita lekarz praktyczny każdy nowy przetwór, który daje rękojmię skutecznego zwalczania tak niemiłego dla chorych i wyniszczającego objawu, jakim są rozpływne poty. W ostatnich czasach przekazała nam firma „Friedrich Bayer i Spółka“ do doświadczeń szpitalnych nowy lek przeciwpotny, nazwany eumydriną[1]).

Działanie lecznicze tego środka spostrzegaliśmy klinicznie przez dłuższy czas (4 miesiące) na pokaźnej liczbie chorych i w różnych cierpieniach, mianowicie w przebiegu gruźlicy płuc, róży twarzy, zapalenia kiszki ślepej, wysięku opłucnowego, przeważnie jednak w przypadkach gruźlicy płuc (przypadków 30) i t. d. Wogóle zastosowaliśmy eumydrinę w 35 przypadkach chorobowych i to w proszkach, w dawce jednorazowej po 0·001—0·0025. Podawaliśmy ją zawsze na noc w opłatku. Doświadczenia nasze przeprowadziliśmy na oddziele kobiet; chore były w wieku od lat 14 do 40 i zaliczały się przeważnie do biedniejszej klasy ludności (żony rolników, służące, szwaczki, przeważnie klasa robotnicza). Ogólna ilość eumydriny zużytej do doświadczeń wynosiła 0·91 gm. (260 proszków po 0·001 gm. i 260 proszków po 0·0025 gm.).

Zanim zestawię wyniki naszych doświadczeń nad działaniem przeciwpotnem eumydriny, pozwolę sobie przytoczyć poniżej w krótkości niektóre przypadki chorobowe, w których wyniki lecznicze były mniej korzystne.

[1]) Eumydrina stanowi proszek biały, dość łatwo w wodzie rozpuszczalny. Jest to połączenie methylatropiny z kwasem azotowym (Methylatropinum nitricum); działaniem swem na ustrój ludzki i zwierzęcy przypomina kurarę (*Curarin*; jest prawie 50 razy mniej trująca, niż siarkan atropiny.

1. *K. J.*, lat 31, żona wyrobnika, zamieszkała w Grzegórzkach pod Krakowem. Rozpoznanie kliniczne: gruźlica płuc. Dreszcze, kaszel, ból w piersiach, oblite poty. Ciepłota 38·6—37·8° C. Po zastosowaniu 1 miligrama eumydriny poty się utrzymują. Po 2 proszkach (zawartość eumydriny w każdym = 0·001) poty mniejsze. Chorej podano 12 razy eumydrinę, przyczem poty stały się znacznie mniejsze, jednak nie ustąpiły zupełnie.

2. *A. L.*, lat 35, służąca z Krakowa. Rozpoznanie: Ostra gruźlica płuc. Chora skarży się na kłucie w klatce piersiowej, kaszel, rozpływne poty. Ciepłota 38—37·6° C. Po 0·001 eumydriny poty się utrzymują w tem samem nasileniu; po 2 proszkach jednomiligramowych poty się zmniejszyły. Chorej zastosowano eumydrinę 14 razy ze skutkiem dość zadowalniającym.

3. *K. Ch.*, lat 14, służąca, zamieszkała w Targowisku. Rozpoznanie: suchoty płuc z przebiegiem ostrym. Dreszcze, kaszel silny, ból w piersiach, poty rozpływne. Ciepłota 39·4—38·1° C. Po 0·001 eumydriny raz poty się zmniejszają, drugi raz stopień ich pozostaje niezmieniony; przytem po użyciu czterech proszków wystąpił ból w dołku podsercowym i suchość w gardle.

4. *A. Z.*, lat 32, żona wyrobnika z Młoszowej. Rozpoznanie: Gruźlica płuc z przebiegiem ostrym. Poty, dreszcze. Ciepłota 38·2 do 37·5. Po 0·001 eumydriny poty mniejsze. Chora skarży się na bicie serca. Usunięto eumydrinę, a podano 2 pigułki agarycyny po 0·01, poty się jednak po niej utrzymują.

5. *J. P.*, lat 24, żona ślusarza z Wieliczki. Rozpoznanie: Suchoty płucne z ostrym przebiegiem. Kaszel, poty. Ciepłota 38·8—37·9° C. Po 0·001 eumydriny poty mniejsze. Jednak po kilkurazowem zażywaniu działanie korzystne eumydriny zmniejsza się, a nawet ustępuje tak, iż chora dalej się poci, przyczem występują puste odbijania, ból w dołku podsercowym, zwidywania. Usunięto eumydrinę, a podano 2 pigułki agarycyny po 0·01 z wynikiem jednak ujemnym. Po 1 proszku, zawierającym 0·0025 eumydriny, poty się zmniejszyły, a nawet później zupełnie ustąpiły. Chora czuje się dobrze, tętno prawidłowe (72), regularne, oddech spokojny, brak przypadów ubocznych. Chora użyła 11 proszków eumydriny po 0·001, a 3 proszki po 0·0025.

6. *R. W.*, lat 34, żona muzykanta z Krowodrzy pod Krakowem. Rozpoznanie: Gruźlica płuc i jelit. Dreszcze, poty rozpływne, kłucie w piersiach, biegunka. Ciepłota 38·7—38° C. Po 0·001 eumydriny poty mniejsze, jednak chora skarży się na rozdrażnienie i bezsenność. Biegunka nie zwiększyła się. Chora użyła 12 proszków eumydriny z wynikiem zadowalniającym.

7. *J. K.*, lat 28, żona służącego z Krakowa. Rozpoznanie: Suchoty płuc z ostrym przebiegiem. Kaszel, poty. Ciepłota 37·9—37·5. Po 0·001 eumydriny poty się utrzymują, które jednak po 0·002 eumydriny stają się mniejsze. Równocześnie chora dostaje wymiotów; z tego powodu usunięto eumydrinę, a podano pigułkę, zawierającą 0·001 atropiny ze skutkiem dodatnim.

8. *A. St.*, lat 23, służąca z Krynicy. Rozpoznanie: Gruźlica płuc z przebiegiem ostrym. Kaszel, ból w bokach, poty. Ciepłota 38·3—37·5. Nawet po zażyciu 0·0025 eumydriny rozpływne poty nie ustały.

9. *K. W.*, Rozpoznanie: Róża twarzy. Kaszel, poty silne. Ciepłota 39·6—38·7° C. Po 0·001 eumydriny i po 0·02 agarycyny poty się utrzymują; dopiero po 0·002 eumydriny nastąpiło zmniejszenie się ich.

10. *W. C.*, lat 32, wyrobnica z Bieńczyc. Rozpoznanie: Wypocina opłucnowa po stronie prawej. Duszność, poty. Ciepłota 38·2 do 37·4° C. Po 0·001 eumydriny poty mniejsze.

11. *A., C.*, z Krakowa. Rozpoznanie: Zapalenie wyrostka robaczkowego. Ciepłota 39·1—38·5° C. Po 0·002 eumydriny i po 0·02 agarycyny poty się utrzymują, znikają dopiero po 0·0025 eumydriny itd.

Streszczając wyniki przytoczonych spostrzegań przeciwpotnego działania eumydriny, musimy zaznaczyć, iż w przeważnej liczbie przypadków chorobowych już po podaniu tego przetworu w ilości 0·001 poty znacznie się zmniejszały, a w nielicznych tylko wyjątkach utrzymywały się w tem samem nasileniu. W przypadkach tych atoli, po zadaniu chorej zdwojonej dawki na noc, t. j. 2 proszki po 0·001 eumydriny, prawie zawsze uzyskano skutek dodatni. Zaznaczyć jednak należy, że działanie eumydriny nie zawsze jest jednakowe, t. j. że chore niejednakowo nań oddziaływują. Również w krótkim stosunkowo czasie zwykły chore przyzwyczajać się do tego środka (zdarzało się, że podanie jednego a nawet 2 proszków po 0·001 eumydriny nie odnosiło pożądanego skutku, gdy pierwotnie 0·001 tego przetworu wystarczało do usunięcia potów), a wtedy okazało się koniecznem zastósować dawkę silniejszą, t. j. 0·0025 eumydriny. Dawka ta w każdym przypadku, z wyjątkiem dwóch, odnosiła pożądany skutek; poty po niej albo się znacznie zmniejszały, albo też zupełnie ustępowały. Ale i wówczas po dłuższem zażywaniu tej dawki (0·0025 eumydriny) chore się do leku tego przyzwyczajały tak, iż w celu powstrzymania potów uciekano się wtedy z konieczności do podania znanych już dawniej i powszechnie używanych środków, t. j. agarycyny i atropiny. Rzadko już po jednej dawce 0·001 eumydriny poty zupełnie ustępowały i to na dłuższy czas; były to jednak przypadki wyjątkowe; eumydrina bowiem w dawce jednorazowej 0·001 zazwyczaj tylko zmniejszała poty, a nie usuwała ich.

Podnieść też należy, że działanie eumydriny nie jest jednakowe w każdym pojedynczym przypadku; częstokroć po zastosowaniu 0·001 eumydriny u jednego i tego samego osobnika nasilenie potów raz się zmniejszało, drugi raz znów nie ulegało żadnej zmianie; na ten wynik prawdopodobnie wpływa stan czczego lub pełnego żołądka

Stosując w oddziele eumydrinę, jako środek przeciwpotny, staraliśmy się porównać jej działanie z innymi podobnie działać mającymi przetworami leczniczymi, jak agarycyna i atropina. Zauważyliśmy, że w przypadkach, w których pomimo 2 pigułek agarycyny (po 0·01) chore się jeszcze silnie pociły, zmniejszały się poty znacznie po zastosowaniu 0·001 eumydriny; to też chore same domagały się tego środka. Wprawdzie w przypadkach tych po podaniu jednej pigułki, zawierającej 0·001 atropiny, u osobników młodszych 0·0005, poty zawsze ustępowały, działaniu jednak jej towarzyszyły wówczas niemiłe uboczne przypady, jak: suchość i drapanie w gardle, przyśpieszenie akcyi serca, rozszerzenie silne źrenic, rozwolnienie, zwidywania, bezsenność itp. Eumydrinę w przeważnej liczbie przypadków chore nasze dobrze znosiły; w bardzo nielicznych tylko przypadkach po zastosowaniu tego leku skarżyły się chore na ból w dołku podsercowym, odbijania, szum w uszach, suchość w gardle (jednakże w mniejszym stopniu, niż po atropinie), bicie serca, rozdrażnienie ogólne, bezsenność, zwidywania, majaczenia, raz nawet na wymioty. Podmiotowe te sensacye po usunięciu eumydriny w krótkim czasie ustępowały. Wpływu ujemnego trwalszego na serce i oddychanie nigdy nie spostrzegaliśmy; tętno prawie zawsze było prawidłowe, pełne, liczba uderzeń najwyżej 90 na minutę. Również nie zauważono objawów zwiększonego ruchu robaczkowego w jelitach, t. j. zwiększonej liczby stolców, jako też znaczniejszego rozszerzenia źrenic. Częstokroć w razie dłuższego stosowania działanie przeciwpotne eumydriny, nawet po jej usunięciu, utrzymywało się przez kilka dni (3—4 dni), przyczem i stan ogólny chorych się podnosił, łaknienie się wzmagało; chore okazywały jakby zwiększoną energię życiową. Wydarzało się to zazwyczaj po stosowaniu eumydriny w większych dawkach (po 0·002 i 0·0025), w razie jeśli dawki mniejsze zawodziły.

Na podstawie naszego spostrzegania klinicznego możemy polecić z całą sumiennością eumydrinę jako dobry lek przeciwpotny w przypadkach gruźlicy płuc i to w dawkach od 0·001 do 0·0025; eumydrina posiada wyższość nad innymi przetworami używanymi przeciw potom, zwłaszcza nad atropiną, z powodu pewnego jej działania, a braku wywoływania wszelkich bardziej groźnych, lub nieprzyjemnych przypadów ubocznych.

W końcu uważam sobie za obowiązek złożyć na tem miejscu szczerą podziękę prymaryuszowi Drowi Krokiewiczowi za zachętę do tej pracy, udzielenie odpowiednich wskazówek i odstąpienie materyału szpitalnego do doświadczeń.

II. Z oddziału prof. Dr. Rosnera w szpitalu św. Łazarza (Szkoła położnych).

Przyczynek do sprawy ciąży pozamacicznej trąbkowej.

Podał
Dr. T. Piotrowski,
asystent oddziału.

(Ciąg dalszy).

Chcąc rokować i leczyć ciążę pozamaciczną, musimy odpowiedzieć na dwa pytania; pierwsze, czy jest ciąża pozamaciczna, a drugie, w jakim jest okresie, t. j. czy grozi jej przerwanie, czy przerwanie to już się rozpoczęło, czy też dokonało. Odpowiedź na pytanie pierwsze nie jest łatwa. Z całego szeregu objawów, które stwierdzić możemy, niektóre przemawiają w ogóle przeciw ciąży, inne za zwykłą ciążą maciczną, tak, że nie często możemy zdobyć się na rozpoznanie zupełnie pewne już przy pierwszem badaniu

Przechodząc objawy kolejno, znajdziemy przy ciąży pozamacicznej rozwijającej się i nie przerwanej, często te same, jak i przy zwykłej ciąży, zaburzenia nerwowe, zmiany w krążeniu i w przewodzie pokarmowym. Co do miesiączkowania, to najczęściej wywiady wykazują pewne nieprawidłowości: albo znika ona zupełnie tak, jak przy zwykłej ciąży, albo jest, ale w nieregularnych odstępach czasu, albo jest przez cały czas, ale skąpsza; rzadko tylko utrzymuje się zupełnie prawidłowo.

Zmiany w sutkach zazwyczaj występują już od początku ciąży takie same, jak przy zwykłej ciąży, może ich jednak zupełnie brakować, jak w naszym przypadku I. 1, 2 i 10 Powiększanie się podściółki tłuszczowej na brzuchu i pośladkach będzie takie samo, jak przy zwykłej ciąży. Wypuklenie brzucha spostrzegalne będzie naturalnie tylko w przypadkach dalej posuniętej ciąży; będzie ono

wyraźniejsze z boku po tej stronie, po której rozwija się ciąża, a tylko wtenczas, jeżeli trąbka ciężarna leżeć będzie w zatoce Douglasa, wypuklenie będzie zajmować środek brzucha, jak przy zwykłej ciąży. Zasinienie i rozpulchnienie będzie znowu takie samo, jak przy zwykłej ciąży. Odmienniej jednak przedstawiać się będzie macica. Jest ona powiększona głównie w wymiarze podłużnym i z boku na bok, mniej zaś w głębokości, t. j. z przodu w tył. Jest ona większa, ale zachowuje kształt macicy nie ciężarnej; przytem ścianom brak tej miękkości i kulistości macicy ciężarnej, a nadto brak objawu Hegara.

Jeżeli ciąża pozamaciczna dotrwała do piątego miesiąca, to zazwyczaj można już łatwiej wybadać części płodu i ruchy płodu, które też dla matki są bardziej bolesne. Tony płodu będą zależeć od położenia płodu, za to szmery łożyskowe słychać już zwykle w III miesiącu, na co zwraca szczególniejszą uwagę Webster.

Rozwijającej się ciąży pozamacicznej często towarzyszą napadowe bole, pojawiające się bez wyraźnej przyczyny w podbrzuszu, zwłaszcza po stronie rozwijającej się ciąży. Bole te według jednych pochodzić mają od rozciągania się trąbki, według innych od skurczów trąbki, są jednak przypadki, nie objawiające się żadnemi dolegliwościami.

Ponieważ ciąża pozamaciczna nie sprawia żadnych znamiennych objawów, stąd też tylko te kobiety zasięgają porady lekarskiej, które mają bardzo silne bole w podbrzuszu lub u których pojawi się krwawienie. Dlatego najczęściej ma lekarz sposobność badać ciążę trąbkową już podczas jej przerwania, a wyjątkowo tylko ciążę utrzymaną. Badając przy ciąży utrzymanej, znajdziemy macicę powiększoną o cechach, powyżej wyłuszczonych, leżącą z boku, zazwyczaj bliżej spojenia łonowego; po jednej stronie przydatki możliwie prawidłowe, po drugiej stronie w trąbce guz miękki, elastyczny, mniej lub więcej chełboczący; jeżeli nie ma zrostów, to zupełnie ruchomy, przy dotyku tkliwy i podczas badania twardniejący. Jeżeli są zrosty, to brak ruchomości, zato między macicą a guzem trąbki czuć zagłębienie rowkowate. Jeżeli ciąża wychodzi z rogu macicy, to w rogu powiększonej macicy czuć guz znacznie większy; podobny obraz może dać i ciąża trąbkowa, jeżeli trąbka zagięta leży na macicy; wtenczas jaje, rozwijające się w trąbce, siedzi niejako na macicy.

Rozpoznanie ciąży pozamacicznej mimo przytoczonych objawów i badania nie jest łatwe, stąd też liczne opisano pomyłki, gdzie n. p. odchodzenie strzępków doczesnej brano za poronienie maciczne i przez wykonane skrobanie wywołano dopiero przerwanie ciąży pozamacicznej (Albert, Doederlein, Dunning); dalej brano ciążę trąbkową za zapalenie wyrostka robaczkowego, za skręt torbiela, za włókniak podsurowiczy, za napad kolki żółciowej, za uwięznięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej i przy usiłowaniu odprowadzenia wywoływano pęknięcie (Crayin, Sutugin, Cullingworth, Lufkin i inni). Brano także ciążę zamaciczną za zwykłą ciążę maciczną (Schauta. Wilson). Klec wspomina o przypadku, w którym przez rozciągnięte tylne sklepienie wydobyto kleszczami płód, następnie przez powstały otwór wydobyto łożysko wraz z macicą, pod nim leżącą. — Brano także nieraz inne cierpienie za ciążę pozamaciczną, jak pęknięcie macicy, włókniaki, guzy jajnikowe (Braun), zgrubiały pęcherz, sprawy zapalne, zastoiny kałowe, guzy nerek, zmiany w trąbkach, a nawet zwykłą ciążę maciczną, zwłaszcza przy zgrubiałej i długiej szyjce, a nadzwyczajnej wiotkości trzonu.

Jedna zmiana chorobowa w trąbce, tak zwana *salpingitis haemorrhagica* Freunda, jeżeli są jeszcze jakieś objawy przemawiające za ciążą, jak zmiany w sutkach, nudności etc., nie da się przed operacyą od ciąży trąbkowej odróżnić. W obu tych cierpieniach występują napadowe bole, pojawia się krwawienie ze sromu, w obu trąbka jest grubsza i bolesna.

Aby uniknąć pomyłek, starano się ułatwić rozpoznanie, badając strzępki odchodzącej doczesnej. Często jednak doczesna maciczna odchodzi dopiero wtenczas, kiedy już ciąża się przerwała. kiedy pojawiły się objawy groźne, wymagające natychmiastowej interwencyi; dlatego radzono w przypadkach wątpliwych wydobywać do badania strzępki doczesnej. Pomijając już to, że możemy doczesnej nie znaleźć mimo istnienia ciąży pozamacicznej, bo mogła już odejść, albo naodwrót może być doczesna po niedawno przebytem poronieniu, chociaż niema ciąży pozamacicznej (jak to n. p. opisuje Spaeth), — to sam zabieg jest tak niebezpieczny, że nie należy go używać dla celów tylko rozpoznawczych. Jeżeliby była ciąża maciczna, to przez skrobanie na pewno ją przerwiemy, jeżeli jest pozamaciczna, to już samo ściąganie macicy, a tem bardziej jej skurcze podczas skrobania i po skrobaniu muszą ciążę przerwać. Drugi sposób rozpoznawczy, t. j. sondowanie macicy w celu wykrycia nierówności, jakie tworzy rozwijająca się doczesna, ma te same wady, co i skrobanie. Badanie w uśpieniu posiada pewne zalety rozpoznawcze, znosząc bowiem napięcie mięśni brzucha, ułatwia obmacanie guza, ocenienie jego zbitości i stosunku do sąsiedztwa; ponieważ jednak chora w uśpieniu nie oddziaływa na ucisk, może on być za silny i wywołać pęknięcie trąbki. Naklunie *(punctio)* guza, o ile on jest przystępnym, może ułatwić rozpoznanie, posiada jednak pewne złe strony, a mianowicie łatwość zakażenia, zwłaszcza przy nakluciu przez pochwę, a nadto możliwość przebicia grubszych pni naczyniowych i narządów sąsiednich. W ostatnich czasach przybył jeszcze jeden sposób rozpoznawczy, całkiem niewinny, t. j. badanie leukocytów, ale rozstrzyga on tylko wątpliwości przy sprawach zapalnych i ropnych, przy których ilość leukocytów będzie zwiększona. Ostatnim sposobem rozpoznawczym będzie śledzenie przebiegu, podczas którego stwierdzimy powiększanie się guza przy innych objawach ciąży, a braku podniesienia ciepłoty.

Ponieważ zazwyczaj lekarz bywa wzywany do ciąży zamacicznej w chwili rozpoczynającego się jej przerwania, dlatego daleko ważniejszem jest pytanie drugie, to jest, w jakim okresie znajduje się ciąża i czy mamy przed sobą jej przerwanie.

Istniejącej ciąży pozamacicznej może grozić poronienie lub przerwanie trąbki. Poronienie zastać możemy zupełnie lub niezupełnie dokonane, albo tylko grożące. Przedarcie zaś trąbki może być częściowe, lub całkowite, z równoczesnem obumarciem płodu, lub bez tego. Każdy z tych stanów zejścia ciąży pozamacicznej ma pewne cechy, ułatwiające rozpoznanie, choć ścisłe rozróżnienie w przypadkach ciężkich, w których objawy ostrej niedokrewności wysuwają się na plan pierwszy, sprawia wielkie trudności.

Łatwiej od innych stanów, towarzyszących przerwaniu ciąży zamacicznej, rozpoznamy „grożące poronienie“. Objawia się ono napadowo pojawiającymi się bolami w podbrzuszu, zwłaszcza po stronie rozwijającej się ciąży, o cechach bolów kurczowych, którym towarzyszy ból w krzyżach, uczucie parcia na stolec i mocz. Podczas napadu zwłaszcza silniejszego bolu pot kroplisty pojawia się na twarzy, tętno jest przyspieszone i powstaje znaczne osłabienie, ustępujące po przejściu napadu. Badaniem stwierdzimy większą tkliwość i napięcie guza trąbkowego przy innych cechach ciąży. Czasem towarzyszy napadowym bolom nieznaczne krwawienie ze sromu.

Jeżeli objawy te utrzymują się przez czas dłuższy, jeśli im nadto towarzyszy odpływ krwi ze strzępkami doczesnej, a nie powstaje krwistek, ani nie występuje zapad z powodu krwotoku do jamy otrzewnej, wtenczas możemy przypuszczać, że jaje płodowe w trąbce uległo zmiażdżeniu przez wylaną krew i wytworzył się zaśniad krwawy. Przy badaniu znajdziemy większą bolesność z jednej strony podbrzusza, guz trąbkowy twardy, silnie napięty i bardziej bolesny. Wylew krwi do trąbki podczas tworzenia się zaśniadu krwawego bywa najczęściej nieznaczny, tak, że nie powoduje objawów niedokrewności; wystąpią one wtenczas, kiedy krew wylewa się w znaczniejszej ilości przez otwór brzuszny trąbki do jamy brzusznej, co nie często towarzyszy grożącemu poranieniu.

Przy poronieniu dokonanem, czy to zupełnem, czy niezupełnem, objawy są te same, co przy poronieniu grożącem, tylko tak silne, że chora zwykle podczas napadu traci przytomność. Przy badaniu znajdziemy objawy ostrej niedokrewności: cera i błony śluzowe blade, zimne kończyny, częste mdłości, tętno miękkie i bardzo szybkie przy braku gorączki, brzuch w całości jednostajnie bolesny, nieznacznie tylko wzdęty, częste odbijanie, czkawka, a nawet i wymioty. W jamie otrzewnej najczęściej wykryć można wolny płyn, odznaczający się szczególnie przytłumieniem w lędźwiach, jawniejącem przy zmianie położenia. Badaniem wewnętrznem, o ile na to bolesność i wzdęcie brzucha pozwala, wykryć można trąbki wielkości prawie niezmienionej, macicę powiększoną, twardą, z której odpływa dosyć znaczna ilość krwi płynnej i skrzepłej ze strzępkami doczesnej Zatoka Douglasa prawie zawsze w przypadkach tych, w których znaleźliśmy płyn w jamie otrzewnej, jest wolna, wyjątkowo tylko zdarza się równocześnie krwistek pozamaciczny i płyn wolny.

W przypadkach, w których nastąpiło pęknięcie trąbki, nie można rozstrzygnąć badaniem, czy jest tylko pęknięcie trąbki na szczycie, a całe jaje jest jeszcze do ścian trąbki przyklejone, czy też pęknięcie jest znaczniejsze i jaje już od ścian trąbki oddzielone; to rozstrzygnąć może tylko śledzenie przebiegu, o ile na to, rozumie się, stan chorej pozwala. Pęknięcie trąbki powstaje nagle, czasem po jakimś wysiłku fizycznym, najczęściej jednak i bez niego; objawia się gwałtownym bolem w podbrzuszu, połączonym często z chwilową utratą przytomności. Badaniem stwierdzimy wszystkie cechy ostrej niedokrewności i zadrażnienia otrzewnej przy prawidłowej zwykle ciepłocie, wolny płyn w jamie otrzewnej lub krwistek pozamaciczny. W okolicy trąbki guz znaczniejszy, niżby to odpowiadało miesiącowi ciąży, bolesny, nierówny, macica powiększona, twarda, ze sromu obfite krwawienie. Jeżeli pęknięcie trąbki było nieznaczne, a całe, lub przynajmniej większa część jaja była jeszcze przyklejona, to w jakiś czas pojawiają się nowe napadowe bole, odklejające dalsze części jaja i dalej rozdzierające trąbkę, skutkiem czego zwiększa się krwistek albo płyn wolny i zapad, powstaje wybitniejsze wzdęcie i bolesność brzucha z następowem przyspieszeniem oddechów, nudności, wymioty, zaparcie stolca i zaburzenia w oddawaniu moczu. Przy znaczniejszem pęknięciu trąbki i całkowitem odklejeniu jaja bole napadowe nie powtarzają się.

Jeżeli podczas pęknięcia trąbki wypadło jaje w całości do brzucha, objawy będą te same; jeżeli zaś wypadł do jamy otrzewnej tylko sam płód lub wraz z błonami, a łożysko pozostało w trąbce, to po ustąpieniu zapadu i przez kilka dni utrzymującego się zadrażnienia otrzewnej, ciąża dalej się rozwija; — w miarę wzrostu można wybadać płód, leżący w jamie otrzewnej, obok dalszych objawów postępującej ciąży.

Mimo, że jak z opisu tego wynika, nad objawami chorobowymi tak w przypadkach poronienia, jak i pęknięcia, dominuje ostra niedokrewność, która powinna rozpoznanie znacznie ułatwić, to przecież nie jest ono łatwem. Spotykaliśmy się z przypadkami, w których ostrą niedokrewność brano za zapad i to na podstawie zachowania się tętna. Rzeczywiście objaw ten może poniekąd wprowadzić lekarza w błąd z tej przyczyny, że tętno, wskutek utraty krwi przy krwotoku wewnętrznym bardzo słabe i szybkie, może się poprawić tak co do siły, jak i co do częstości, tak jak to właśnie bywa z chwilą dźwigania się chorej z zapadu. Tymczasem to poprawienie się tętna jest w przypadkach krwotoków zwodniczem i dowodzi tylko, że narząd krążenia zdołał przystosować się do zmniejszonej ilości płynu w naczyniach. Że tak jest rzeczywiście, przekonać się możemy przy każdym krwotoku zewnętrznym, n. p. poporodowym. Wśród nagłej i bardzo silnej utraty krwi tętno staje się nikłe i szybkie, ale już w kilka minut może się znakomicie poprawić, mimo że odpływ krwi nieznaczny trwa dalej, a więc mimo że niedokrewność powiększa się. Poprawienie się tętna, nawet wybitne, nie wyłącza wcale ostrej niedokrewności, co więcej, — nie dowodzi wcale, że krwawienie się skończyło.

Chcąc w tych przypadkach uniknąć pomyłki, należy w pierwszym rzędzie rozstrzygnąć wątpliwość? zapad czy niedokrewność? Samo zachowanie się tętna nie dowodzi niczego. Ostra niedokrewność w przebiegu krwotoku do jamy brzusznej zdradza się całym szeregiem objawów, których trzeba umieć szukać i znaleźć. Objawy te są prócz zachowania się tętna: bladość skóry i błon śluzowych, najłatwiej dostrzegalne na małżowinach usznych, spojówkach, wargach, podniebieniu, dziąsłach i w przedsionku, chwilowe omdlewania z całym szeregiem dodatkowych objawów, jak szum w uszach, płatki przed oczyma, nudności, wymioty, etc., wreszcie zawsze wykazać się dające nagromadzenie się płynu w jamie brzusznej, albo w postaci guza (krwistek), albo w postaci płynu wolnego, dającego się równie łatwo wykryć, jak zwykła puchlina brzuszna.

Te objawy muszą być ze sobą w zgodzie. Wielką bła-

dość i bardzo małe tętno znajdziemy tam, gdzie w brzuchu da się wybadać duża ilość płynu i odwrotnie. Gdzie zbiorą się te wszystkie objawy, tam rozstrzygnięte jest pytanie: zapad czy niedokrewność? na korzyść niedokrewności. W rozpoznaniu uczyniono krok zasadniczy, który uchroni od całego szeregu pomyłek rozpoznawczych, a co za tem idzie i błędów leczniczych. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o epidemiach duru plamistego w Galicyi i o środkach jego tłumienia, napisał Dr. Józef Barzycki, c. k. krajowy inspektor sanitarny. Lwów, nakładem autora, 1904, str. 28.

Książeczka ta mimo swych małych rozmiarów jest niezbyt u nas częstym objawem rzetelnej chęci podźwignięcia naszego kraju ze smutnego zastoju na polu higienicznem; do tego chwalebnego celu autor zamierzył dojść przez podanie lekarzom urzędowym, powołanym do zwalczania epidemii, bardzo cennego a zwięzłego zbioru wskazówek, wziętych z ustaw i życia praktycznego, a pouczających, jak w najprostszy i najkrótszy sposób osiągnąć cel zarządu zdrowia publicznego, odnośnie do duru plamistego.

A jeśli zważymy, że pracę tę wykonał człowiek, obarczony licznemi zajęciami urzędowemi, że podjął ją wyłącznie z poczucia obywatelskiego obowiązku i wydał własnym nakładem, a przytem z pewnością nie liczył na inne uznanie, jak właśnie grona kolegów zawodowych, to przyzna każdy, że należą mu się za tę mozolną a doniosłą w skutkach pracę wyrazy szczerej podzięki i rzetelnego uznania.

Że praca ta była niełatwa i mozolna, o tem przekonywa każdego uważnego czytelnika treść tej książki. Widzimy w niej, jak liczne są ustawy, dekrety i rozporządzenia władz, zmierzające do tłumienia epidemii. Wiemy zaś z doświadczenia, jak często najlepsze ustawy w naszym kraju nie osiągają prawie żadnych skutków, zwykle z powodu braku sprężystej egzekutywy, ale również, zwłaszcza w Galicyi wschodniej, z powodu nędzy, ciemnoty i lenistwa ludności wiejskiej; że przeto i te z przytoczonych przez autora, które dotyczą gmin i ich przełożonych, rzadko kiedy dadzą się ściśle przeprowadzić (patrz str. 9 o sanacyi gmin; str. 10 o obowiązku rychłego donoszenia władzom o pojawieniu się epidemii; str. 13 o domach izolacyjnych dekret z r. 1806 (!); str. 19 zakaz włóczenia się, domokrąstwa i żebrania; str. 24 i dalsze o przyrządach dezinfekcyjnych i dokonywaniu dezinfekcyi i t. d.). Widzimy dalej, że z wielu czynników, powołanych w myśl ustaw do wczesnego przygotowania obrony przeciw nadciągającej epidemii, rzadko który spełnia ten obowiązek, a lekarz powołany do tłumienia już wybuchłej epidemii nie zastaje często żadnych przygotowań i sam dopiero wywalczyć sobie musi posłuch i warunki do swej pracy leczenia chorych i zapobiegania szerzeniu się epidemii. Widzimy dalej, że ludność często utrudnia mu nawet tę pracę przez zatajanie przypadków choroby, wysyłanie potajemne chorej służby do gmin sąsiednich, ukrywanie pozostałej po zmarłych odzieży i pościeli przed zniszczeniem, względnie dezinfekcyą i t p. Widzimy wreszcie, że jedyną, prawdziwą pomocą, na którą lekarz urzędowy liczyć może, jest żandarm, a raczej kilku żandarmów, bo bez nich ani wykonania swych zarządzeń, ani przestrzegania ustaw nie będzie w stanie przeprowadzić. I takich smutnych spostrzeżeń, czasem jakby niedopowiedzianych, widzimy w tej książce dość dużo. Przyzna każdy bezstronny, że stwierdzanie ich drukiem musi być dla autora przykrą koniecznością. Porównajmy teraz stan ekonomiczny i kulturny innych prowincyi państwa, jak Czechy, obie Austrye, Morawa, Śląsk i t. d., a przekonamy się, że autor podjął się i dokonał obowiązku ciężkiego, prawdziwego *officium boni viri.*

Wywiązał się zaś autor z tego obowiązku w sposób doskonały. Począwszy od stwierdzenia rozpoznania, prowadzi lekarza krok za krokiem, przypomina wszystko, o czem pamiętać należy, daje mu jako broń do walki z epidemią nietylko zbiór wszelkich odpowiednich ustaw i rozporządzeń, lecz także zbiór wskazówek, zaczerpniętych z własnego, bardzo rozległego doświadczenia i popiera je często przytoczeniem przypadków z własnej praktyki służbowej i biurowej lub inspekcyjnej.

Czytając tę książkę odnosimy to wrażenie, że mimo ogromnych trudności i przeszkód nasi lekarze urzędowi (a także miejscy, obwodowi i t. p.), gdyby tylko przy każdej danej sposobności w całej pełni i z całą energią wskazówki autora w czyn wprowadzili, mogliby niewątpliwie jeśli nie usunąć epidemię duru plamistego z Galicyi, co ze względu na ogromnie rozległą granicę naszą od północy i wschodu osiągnąć się tak rychło nie da, to przynajmniej doprowadzić do znacznego ograniczenia jej w naszym kraju i ułatwienia przez to dalszej z nią walki aż do zupełnego jej wytępienia, za co nietylko tym lekarzom, ale w znacznej mierze i autorowi należeć się będzie szczera wdzięczność naszego społeczeństwa. *J. G.*

Próby chirurgicznego leczenia przewlekłych spraw zapalnych kiszki grubej.

Zestawił

M. W. Herman (Lwów).

(Dokończenie).

Przewagę mężczyzn nad kobietami (w naszem zestawieniu mężczyzn 23, kobiet 11, nie podano płci 10) rozumiemy. W wywiadach bowiem dość często czytamy, że czerwonki chory nabawił się, podróżując po Indyach, Egipcie i t. d. A takie włóczenie się po świecie, to rzecz mężczyzn, nie kobiet. Stąd również prawdopodobnie pochodzi, że wiek chorych wahał się głównie między 21 a 40 r. życia. O ile bowiem w odpowiednich sprawozdaniach podano wiek wyraźnie, znaleźliśmy, że w czasie operacyi

1	chory liczył mniej niż	10 lat
2	chorych liczyło	11—20 „
12	„ „	21—30 „
10	„ „	31—40 „
6	„ „	41—50 „
0	„ „	51—60 „
2	„ „	61—70 „
u 11	„ wieku nie podano.	

Na zabieg operacyjny decydowali się ostatecznie chorzy po roku lub po dwu latach cierpień, wyjątkowo tylko wcześniej. W tym kierunku z danych, podawanych przez chorych, o ile je zapisano w odpowiednich historyach chorób, zestawić możemy następującą tabelkę:

Do chwili operacyi objawy chorobowe trwały:

od 0—1	r. u	10 chorych
„ 1—2	l. „	7 „
„ 2—3	„ „	4 „
„ 3—4	„ „	1 chorego
„ 6—7	„ „	2 chorych
„ 7—8	„ „	1 chorego
„ 13—14	„ „	1 „
nie podano liczby	„	18 chorych.

W opisie każdego przypadku czytamy, że przez cały czas choroby, rzadziej z przerwami, stosowano odpowiednie leczenie wewnętrzne, oczywiście bez powodzenia. W każdym zaś przypadku, zanim ostatecznie choremu zalecono zabieg operacyjny, lub też zanim chory na zalecony rękoczyn zgo-

dził się, stosowano raz jeszcze odpowiednie leczenie ogólne i miejscowe i przystępowano do operacyi dopiero wówczas, kiedy tamtymi sposobami nie osiągano żadnego wyniku, a chory coraz większemu ulegał wyniszczeniu.

We wszystkich przypadkach rozpoznanie wyraźnie lub dość wyraźnie podano. I tak: u 17 chorych rozpoznawano dysenteryę przewlekłą, z nich zaś aż 11 podawało, że cierpienia swego nabawili się, podróżując w krajach podzwrotnikowych. Słusznie zatem przepuszczać możemy, że w przypadkach tych istniało swoiste zakażenie, tym krajom właściwe. W 22 przypadkach autorowie rozpoznawali *colitis ulcerosa*. Bliższych szczegółów najczęściej brak. Co najwyżej ten lub ów nadmienia, że kilkakrotne badanie kału co do prątków gruźliczych dało wynik ujemny. W żadnym jednak przypadku, o ile sobie przypominam, nie zdarzyło mi się czytać, aby badano szczegółowo co do zakażenia kiłowego lub tryprowego, które to postacie zapalenia kiszki przecież tak często przebiegają z owrzodzeniami. Chyba z tej okoliczności, że z wyjątkiem jednego czy dwu przypadków zresztą nigdzie nie mówi się o następowych zwężeniach odbytnicy, które się tak często rozwijają po kilowem i tryprowem zapaleniu odbytnicy i okrężnicy, wnosić możemy, że w owych przypadkach rzeczywiście nie było ani razu zapaleń na tem tle. U dwóch chorych rozpoznawano *colitis membranacea*, a po razu *colitis polyposa*, *tuberculosa* i *acuta*.

Sama technika operacyjna była bardzo rozmaitą i dość trudno określić ją ściśle, bo pod tym względem sami autorowie, nie mówiąc już o sprawozdawcach, są bardzo nieściśli. Zdarzają się także opisy, z których trudno nawet zrozumieć, czy operujący wytwarzał w kiszce (lub jelicie) tylko przetokę kałową, w klinicznem jej znaczeniu, czy też rzyć sztuczną? Nie brak także i takich spostrzeżeń, z których wynika, że operujący zamierzał założyć rzyć sztuczną (*anus praeternaturalis)*, niestety jednak później okazało się, że tylko część kału wydostawała się przez otwór zrobiony, reszta zaś krążyła drogą naturalną I trzeba było dopiero dalszych operacyi, aby dojść do zamierzonego celu. Bywało i odwrotnie: wytworzona przetoka kałowa działała jako rzyć i podczas szycia nastręczała niemałe trudności. Inni poszli inną drogą, jak to widać z następującego wyliczenia:

Durante, Mayo-Robson, Robinson, Stephan, Orsini i Czerny — razem w 8 przypadkach, wytwarzali rzyć sztuczną ponad pachwiną lewą, a zatem w pętli esowatej. Czerny w jednym przypadku otworzył okrężnicę w okolicy jej zgięcia śledzionowego, a Wiesinger w okolicy zgięcia wątrobowego W kiszce wstępującej wytwarzali przetokę kałową lub rzyć sztuczną Lindner, Labey, Murray, Povel, Sullivan, Trendelenburg, ogółem w 10 przypadkach. Rzyć sztuczną na kątnicy wykonali Folet, White, Williams, Boas (wzgl. Steiner) i Körte — razem 5 razy. Najbardziej ku górze posunęli się Ballance-Turney i Dalton, oddzielili bowiem jelito biodrowe całkowicie od kątnicy i otwarte światła jelita wszyli w ranę powłok brzusznych.

Mniej radykalnie postępowali Bolton. Gibson i Weir, zadowalając się wytworzeniem przetoki kałowej (*coecostomia*) w kątnicy, przyczem w technice operacyjnej naśladowali gastrostomię Kadera. Podobnie operowali Summers i Smythe-Memphis. Do tego samego celu (t. j. do wytworzenia przetoki kałowej) użyli Weir i Meyer wyrostka robaczkowego, wszywając go w powłoki brzuszne i na szczycie otwierając (*appendicostomia*)

Inaczej radzili sobie i chorym następni chirurdzy: Wiesinger, przekonawszy się, że odbyt sztuczny, utworzony w zgięciu wątrobowem okrężnicy, nie przynosi zdrowia operowanej, postanowił ostatecznie wyłączyć zupełnie całą niemal kiszkę grubą — tym razem z korzyścią. Giordano i Phocas, każdy w jednym przypadku, łączyli jelito biodrowe z kiszką; ten sam zaś Giordano w innym przypadku, a następnie systematycznie niejako B. v. Beck łączyli jelito biodrowe z pętlą esowatą

Pomijamy szczegóły, odnoszące się do techniki operacyjnej, — bo te tak dalece do rzeczy nie należą, — i to tem bardziej, że technika ta, o ile ją autorowie podają, nie różni się niczem od techniki, przyjętej w chirurgii ogólnej.

Przypatrzmyż się z kolei osiągniętym wynikom. Wedle podań autorów w 24 przypadkach osiągnięto całkowite wyleczenie. Dodając zaś do tego przypadki Smythe-Memphisa i San Martina, których liczba jest mi nieznaną, snadnie liczbę wyleczeń podnieść możemy do 30, coby odpowiadało około 60%. W 11 razach wspominają autorowie o poprawie, polegającej na tem głównie, że gorączka, wyniszczająca poprzednio chorych, ustąpiła, znikło parcie, a równolegle z tem poprawiło się łaknienie i odżywienie. W tym stanie chorzy żyli potem latami, jak n. p. w przypadku Ewalda przez 6 lat i dłużej. Trzech chorych mimo wytworzenia rzyci sztucznej nie doznało żadnej ulgi. Wreszcie w 6 przypadkach bezpośrednio lub wkrótce po operacyi nastąpiła śmierć. Przyczyną śmierci w 2 przyp. była postępująca chera, w 1 śmiertelny krwotok z owrzodzenia w kiszce, w 1 uwięźnienie pętli w zaułku, wytworzonym skutkiem wykonanej ileokolostomii (Giordano), w ostatnim wreszcie zapalenie otrzewnej, wywołane przedziurawienie jelita w miejscu połączenia guzikiem Murphyego (w jednym z przypadków B. v. Becka). W leczeniu następowem niemal wszyscy autorowie, którzy robili czy to rzyć sztuczną, czy też tylko przetokę kałową, przemywali obwodową część kiszki, jedni w kierunku od odbytu do przetoki, drudzy odwrotnie. Weir przemywanie to wykonywa, wprowadziwszy w otwarty na szczycie wyrostek robaczkowy cewnik Nelatona (Nr. 18), zwykle z początku na stałe Do przemywań używano 1% roztworu chlorku lub siarkanu cynkowego, 3% kwasu borowego, zawiesiny bismutu, kwasu garbnikowego, azotanu srebrowego, kwasu salicylowego. błękitu metylenowego, chininy, formaliny, nalewki jodowej, a do długiego tego szeregu dołączyćby można, myślę nie bez celu, słaby roztwór (a raczej zawiesinę) kollargolu.

Gdy się zaś z czasem okazało, że w płynie przepłuczynowym nie ma już ani śluzu, ani krwi, ani kryształków Charcota, gdy badanie przez odbytnicę lub też przez rzyć sztuczną dowiodło, że ustąpiło istniejące przedtem rozpulchnienie błony śluzowej, a owrzodzenia jej wygoiły się bez śladu lub z pozostawieniem nieznacznych blizn, gdy odżywienie chorego poprawiło się i znikły wszystkie przypadłości chorobowe, wtedy dopiero uznawano danego chorego za wyleczonego i przystępowano do zamknięcia rzyci sztucznej lub też przetoki kałowej. Niektórzy podejmowali ten ostatni akt leczniczy, zatkawszy poprzednio na próbę sztuczny otwór w kiszce i zmuszając kał do krążenia drogą przyrodzoną I dopiero wówczas, gdy próbę tę, kilkakrotnie ponawianą, znosili chorzy bez dolegliwości, zamykano otwór ostatecznie. Z dat zamieszczonych w zestawieniu wynika, że w przypadkach wyleczonych zaszyć można było rzyć sztuczną (lub też wygoić przetokę) kałową:

2	razy	po	6	tygodniach
2	„	„	$3^1/_2$	miesiącach
2	„	„	4	„
3	„	„	5	„
3	„	„	6	„
1	raz	„	11	„
1	„	„	1	roku
1	„	„	$1^1/_2$	„
1	„	„	$2^1/_2$	„

Trzech chorych opuściło zakład z niezaszytą rzycią sztuczną i potem nie zgłosiło się wcale do jej zaszycia, a o jednym chorym wiemy, że już od 6 lat nosi się z odbytem sztucznym, którego zaszyć nie można, gdyż stan odbytnicy nie uległ zgoła zmianie.

W przypadkach tych, w których zamierzono i utwo-

rzono rzeczywiście tylko przetokę kałową (*fistula stercoralis*), zamknięcie jej nie sprawia zwykle większych trudności.

Często wystarcza zaniechanie tylko przemywań od strony przetoki i jej codziennego rozszerzania, aby się ona zamknęła, kiedyindziej trzeba było brzegi jej przyżegać azotanem srebrowym lub przypalać żegadłem Pacquelina, wyjątkowo tylko musiano brzegi okrwawiać i szyć. Inaczej, jak wiadomo, rzecz się ma z rzycią sztuczną. Zamknięcie jej wymaga zawsze dokładnej znajomości chirurgii jelitowej. Najprostszem bywało leczenie następowe tam, gdzie łączono ze sobą jelita (*enteroanastomosis*) (najczęściej jelito biodrowe z pętlą esowatą). Tam bowiem nie trzeba było ani kiszki przemywać, ani też zaszywać przetokę lub rzyć sztuczną.

Daremnym byłby trud, gdybyśmy z przypadków wyleczonych wykryć chcieli warunki, wśród których wyleczenie owo najłatwiej nastąpić może. W tych bowiem przypadkach znajdujemy wszystkie odmiany zapaleń kiszki, poprzednio wymienione, które przed operacyą utrzymywały się raz miesiącami, drugi raz latami całymi. A dalej wyleczenie następowało w jednych przypadkach po typowym odbycie sztucznym, w innych zaś po tak mało znaczącym rękoczynie, jak appendikostomia. Nie wiemy zatem, czemu przepisać wyleczenie w jednym przypadku, a czemu w drugim? Bo chyba przemywania kiszki, stosowane w każdym przypadku, nie mogły mieć znaczenia rozstrzygającego. Wszakżeż i bez wytwarzania wstępnej przetoki kałowej kiszkę drogą naturalną przemyć możemy, z tą jedynie różnicą, że wtedy prąd płynu ma kierunek przeciwny temu, jaki nadać mu możemy, przemywając kiszkę od przetoki ku odbytowi. Lecz czyżby to aż takie mieć mogło znaczenie?

Jeden więc tylko pewny wniosek wysnuć możemy ze spostrzeżeń, zebranych z piśmiennictwa. W uporczywych, życiu zagrażających postaciach przewlekłych nieżytów kiszki, nawet gruźliczych[1]), (jak tego dowodzić się zdaje przypadek B. v. Becka), usprawiedliwionym jest zabieg chirurgiczny. Ponieważ zaś badaniem klinicznem nigdy rozstrzygnąć nie możemy, jak daleko zmiany chorobowe sięgają, zasadniczo powinniśmy operować na kątnicy, jako na najwyższej części kiszki. A ponieważ, jak się to zdaje wynikać nie tyle z historyi chorób, na wstępie przytoczonych, ile z innych spostrzeżeń, nagromadzonych już dotychczas i uznanych w chirurgii, w leczeniu tym podobnych spraw chorobowych najważniejszym czynnikiem jest wyłączenie chorego narządu, przeto należy zasadniczo, nietylko na kątnicy operować, ale wytwarzać tu zawsze rzyć sztuczną (*anus praeternaturalis*). Technika operacyjna powinna zaś być jaknajprostszą i to z dwóch przyczyn. Po pierwsze: zawsze w takich przypadkach chorzy są wycieńczeni, a siłom ich i wytrzymałości nie bardzo dowierzać możemy. Zatem operować będziemy musieli najprawdopodobniej bez uśpienia ogólnego i spieszyć się. Powtóre — pamiętać i o tem trzeba, że odbyt sztuczny po kilku miesiącach trzeba będzie zaszyć.

[1]) Szczegół ten zasługuje na podkreślenie.

IV. Wyciągi.

Wesener. **Rozpoznanie i zapobieganie durowi brzusznemu.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1904, Nr. 23, 24). Autor spostrzegał w szpitalu w Akwisgranie w przeciągu 12 lat 690 przypadków duru brzusznego z 81 przypadkami śmierci, to jest 11·7% śmiertelności. W historyi rozpoznania duru brzusznego można rozróżnić trzy okresy: pierwszy sięga do r. 1840, kiedy nazwą tyfusu objęto dur brzuszny, osutkowy i powrotny. Drugi okres sięga do r. 1884, kiedy Gaffky zapomocą badań drobnowidowych i hodowli dowiódł, że prątek, odkryty w r. 1880 przez Ebertha, jest napewno przyczyną duru brzusznego. Jednak wykazanie prątków durowych w kale napotykało na bardzo znaczne trudności, w krwi różyczek rzadko je znajdowano, a nakłucie śledziony dla wykazania prątków okazało się sposobem niebezpiecznym. W r. 1896 wreszcie Widal zalecił aglutynacyę, jako środek rozpoznawczy. A zatem podstawy rozpoznawcze w durze brzusznym stanowią przebieg gorączki, obrzęk śledziony, różyczka, odczyn dwuazowy, odczyn Gruber-Widala i wykazanie prątków.

Co się tyczy gorączki, to w szpitalu niezawsze jest sposobność spostrzegania znamiennego jej przebiegu, zresztą W., również jak Ewald, w ostatnich latach zauważył, że gorączka w durze często nie trzyma się znanego typu, lecz przebiega zupełnie nietypowo. Wymacalny obrzęk śledziony stwierdzono w 60·4% przypadków, różyczkę w 78·5%, odczyn dwuazowy w 85·2%. Odczyn Gruber-Widala wykonano w 209 przypadkach z 75·1% wyników dodatnich. Z doświadczeń autora wynika więc, że najpewniejszym i najczęstszym objawem duru brzusznego jest odczyn dwuazowy; jego stały brak na szczycie choroby przemawia przeciw durowi. Ma on jednak tę wadę, że występuje i w wielu innych chorobach i to właśnie w takich, które najłatwiej można pomieszać z tyfusem, jakoto gruźlica prosówkowa, zapalenie płuc, grypa i posocznica. Po odczynie dwuazowym co do doniosłości rozpoznawczej następuje różyczka, lecz i jej brak nie przemawia bezwzględnie przeciw durowi, a niekiedy i ona zdarza się w gruźlicy prosówkowej i posocznicy; zresztą zdarzają się wykwity na skórze, szczególnie u chorych, skłonnych do potów, które to wykwity trudno odróżnić od różyczki. Odczyn Widala ma również tylko warunkowo znaczenie rozpoznawcze, zresztą zapatrywania pod tym względem są rozstrzelone. Wartość tego odczynu doznaje jeszcze ograniczenia przez to, że liczni badacze spostrzegali dodatni odczyn i w innych chorobach. W. sam spotykał odczyn Widala w przypadkach złośliwego zapalenia wsierdzia, grypy, gruźlicy prosówkowej i posocznicy, w których sekcyą stwierdzono zupełny brak zmian durowych. Przytem trzeba się zawsze liczyć z możliwością, że jeśli u gorączkującego chorego odczyn W. jest dodatni, chory mógł przed jakimś czasie przebyć lekki dur i cierpi obecnie na inną chorobę. Wyczuwalny obrzęk śledziony jest najmniej pewnym objawem rozpoznawczym. Do opukiwania śledziony nie trzeba przykładać większej wagi, a wymacanie zależy od najróżnorodniejszych okoliczności; wreszcie zjawia się obrzęk śledziony i w wielu innych chorobach. W. wspomina jeszcze, że kilkakrotnie stwierdził wymacalny obrzęk śledziony u sług, cierpiących na wrzód żołądka, jakoteż u dzieci po przebyciu krzywicy i z objawami, zresztą mało typowymi, zołzów, przez co choroby gorączkowe u takich chorych łatwo mogą być wzięte za dur. Zaznaczyć jednak warto, że obrzęk śledziony, jako objaw anatomiczny, jest dość stałym i zdarza się według Curschmanna w 91·5% przypadków. Wykazanie wreszcie bakteryi przez hodowle nie dało autorowi żadnych pewnych wyników. Zatem jeszcze dzisiaj rozpoznanie duru jest trudne, a w ostatnim czasie sprawa stała się jeszcze zawilszą przez tak zwany paratyfus, który tak nazwał pierwszy Schottmüller w r. 1900 i którego odróżniano nawet dwa typy, jako typ A. i B. Paratyfus różni się od duru tylko co do własności prątków, objawy kliniczne zaś są niemal te same, tylko paratyfus zdaje się przebiegać łagodniej i rzadko tylko kończy się śmiercią. Anatomicznie cechuje się paratyfus tylko niewielkiemi płytkiemi owrzodzeniami błony śluzowej jelit bez swoistych zmian narządu limfatycznego w przewodzie pokarmowym.

Najważniejszym czynnikiem w zapobieganiu durowi brzusznemu stały się urządzenia i środki higieniczne, zalecane przez Pettenkoffera, chociaż wynikły one z jego błędnej teoryi gruntowej. Znaczne zmniejszenie się duru w większych miastach w latach ostatnich jest bezwątpienia następstwem uzdrowotnienia miast, wprowadzenia wodociągów i kanalizacyi. Autor omawiając następnie obowiązek donoszenia, odosobnienie i odkażanie, zwraca się przeciw przymusowi donoszenia władzy i o podejrzanych przypadkach duru, gdyż przymus taki tylko niepotrzebnie obciąża lekarzy i chorych. Każdy lekarz spotyka często przypadki, gdzie rozpoznanie z początku jest chwiejne, a jeśli przytem istnieje wysoka gorączka bez szczególnych objawów przedmiotowych, to musi przedewszystkiem zastanowić się, czy to nie jest dur brzuszny. Wiemy przecież, że różne choroby wywołują przez pewien czas podobne objawy, jak dur. W grypie może być wysoka gorączka i obrzęk śledziony, w zapaleniu płuc, szczególnie płatu górnego, rozpoczynającem się w środku płatu, może być wysoka gorączka, obrzęk śledziony i nieprzytomność, w gruźlicy prosówkowej można spotkać niekiedy także i różyczkę i t. p. W takich przypadkach lekarz przez szereg dni liczy się z możliwością duru; musiałby zatem o każdym takim przypadku donosić. Zresztą i prawdopodobieństwo duru bywa różnego stopnia, gdyż są przypadki z bardzo uzasadnionem przypuszczeniem duru,

gdzie n. p. 90% za, a 10% przeciw durowi przemawia, i przypadki z bardzo słabem podejrzeniem, gdzie może tylko 10% za, a 90% przeciw durowi przemawia; ale i o tych ostatnich przypadkach, skoro przypuszcza się dur, musiałoby się donosić. Jak w tych przypadkach lekarz ma postąpić, jeżeli przypuszczenie duru zamieni się w pewność lub też odwrotnie, ujawni się inna choroba? czy powinien poraz wtóry donosić!? I to napotykałoby na trudności, dopóki nie mamy sposobu, dającego pewne i niezbite rozpoznanie, czego dotychczas brak. Inaczej rzecz się ma z donoszeniem o podejrzanych przypadkach cholery, ospy, duru osutkowego, moru, febry żółtej i t. p., to jest takich chorób, które tylko czasem mogą nagminnie pojawiać się w niektórych miejscowościach i które po największej części mają objawy znamienne tak, że o wiele trudniej pomieszać je z innemi chorobami. Natomiast dur brzuszny w wielkich miastach nigdy nie ustaje i z łatwością można go pomieszać z wielu innemi, często zdarzającemi się chorobami tak, że lekarz musiałby przez cały rok donosić o podejrzanych przypadkach. Zresztą w takich chorobach, jak cholera z 50% śmiertelności i mór z 80%, jaknajsurowsze przepisy i ostry przymus donoszenia są bardzo słuszne i uzasadnione, ale nie w durze, w którym obecnie śmiertelność wynosi ledwo 5—15%. Autor jednak przyznaje, że w czasie epidemii duru brzusznego może zajść potrzeba donoszenia także i o podejrzanych przypadkach, w których rozpoznanie jeszcze nie jest pewne.

Dotychczas słusznie nie uznawano za konieczne odosabniać chorych na dur brzuszny, gdyż zakażenie nie następuje przez powietrze, lecz przez dotykanie i na drodze pośredniej, a prątek durowy ma tylko ograniczoną żywotność. Nietylko kał należy odkazić środkami przeciwgnilnymi, ale i mocz, który wprawdzie tylko w 25 do 30% przypadków zawiera jadowite prątki durowe, lecz mogą one się w nim długo utrzymywać lub wogóle dopiero w czasie ozdrowienia w nim się zjawić. W urotropinie posiadamy środek, który bardzo szybko usuwa prątki durowe z moczu. Co się tyczy odosobnienia chorych w szpitalach, to zapatrywania są różne. Curschmann, Strümpell, Fürbringer nie uważają go za potrzebne. Na 690 przypadków duru w 12 latach miał W. 19 przypadków zakażeń domowych t. j. 2·7%, z których dwa były śmiertelne, co nie potwierdza zdania, jakoby zakażenia przez zetknięcie się przebiegały ciężej i częściej kończyły się śmiercią, niż inne. Zakażenia te dotyczyły prócz dozorczyń i służby, przedewszystkiem chorych kobiet, które pomagały w pielęgnowaniu chorych na dur, a kiedy przed sześciu laty zakazano chorym szpitalnym pomagać w pielęgnowaniu chorych na dur, zakażenia szpitalne z wyjątkiem jednego przypadku ustały. Raz zakazili się durem lekarz i dozorca przy opatrywaniu chorego z ciężką odleżyną i oprócz tego raz zakaził się służący pracowni klinicznej, który się jednak przyznał, że uważając badanie bakteryologiczne za oszustwo, zjadł nieco hodowli bulionowej, służącej do odczynu Widala. Natomiast zakażenia służby zdarzają się wszędzie, nawet przy przestrzeganiu najostrzejszych przepisów, bo istnieje szczególne niebezpieczeństwo zakażenia się służby przy czyszczeniu i kąpaniu chorych, przy zmianie bielizny i t. p. Autor zebrał też ciekawe dane o zakażeniach szpitalnych w 20 rozmaitych szpitalach w ostatnich 5 latach; okazało się, że zakażenie innych chorych durem zdarzyło się trzy razy w szpitalach, w których chorych na dur się odosabnia, raz w szpitalu z ograniczonem odosobnieniem, a ani razu nie zdarzyły się w szpitalach, które chorych durowych wcale nie odosabniają. Zakażenia służby i dozorców spostrzeżono w 12 szpitalach i to cztery razy w odosabniających, pięć razy w odosabniających tylko częściowo i trzy razy w szpitalach nieodosabniających. Samo odosabnianie chorych na dur nie wystarcza więc, aby zapobiedz zakażeniu się innych chorych, jakoteż służby i dozorców, lecz zależy to od wyćwiczenia służby i od przypadku. W. spostrzegł, że zakażenia dozorców szczególnie wtedy się zdarzały, jeśli chorzy byli zupełnie odosobnieni. Mimo to uważa on za słuszne, by chorych na dur o ile można w szpitalach odosobnić, lecz bezwzględne, ścisłe odosobnienie nie jest konieczne.

Co się wreszcie tyczy odkażania, to rozróżnić trzeba odkażanie ciągłe i końcowe, z których bez wątpienia pierwsze jest ważniejsze i tyczy się kału, moczu, bielizny i wszelkich sprzętów, zanieczyszczonych wydzielinami chorego, jakoteż osób obsługujących i pielęgnujących. Jeżeli zaniedbano ciągłego odkażania w toku choroby, to i najenergiczniejsze odkażenie końcowe mało pomaga. Przy końcowem odkażeniu należy odkazić nietylko mieszkanie, lecz także miejsca ustępowe i t. p., do których się kał i mocz usuwa. Bardzo ważnem też jest, by odkażenie końcowe dopiero wtedy przedsięwziąć, kiedy chory zupełnie przestał być zaraźliwym; inaczej odkażenie jest tylko pozorne, a nawet niebezpieczne, gdyż daje fałszywe uczucie pewności, przez co dalsze zakażenia tem łatwiej nastąpić mogą. *Dr. J. Fels.*

Kahane. **Choroba Stokes-Adamsa.** (*Wiener klinisch-therap. Wochenschrift*, Nr. 25—28, 1904). Znaczne zwolnienie tętna i padaczkowe lub też udarowe napady znamionują chorobę Stokes-Adamsa; oczywista rzecz, że tak co do nasilenia, jak postaci, i trwania tych objawów mogą zdarzać się najrozmaitsze stopnie, skutkiem czego i sama choroba może się pojawiać w najrozmaitszych odmianach; w każdym jednak razie pamiętać należy, że po takich napadach udarowych porażenia nigdy nie pozostają.

Etyologia tej choroby nie jest jeszcze dotychczas wyświetlona, wiadomo tylko, że choroba ta nagabuje w przeważnej mierze mężczyzn i to w starszym wieku (powyżej 50 lat), dotkniętych ogólnem stwardnieniem tętnic; przebyta kiła, nadużywanie wyskoku i tytoniu, zarówno jak i urazy, szczególniej czaszki i kręgosłupa, bywają nierzadko czynnikami przyczynowymi, wreszcie zdarzają się przypadki, których przyczyny wogóle wykryć nie można.

Jednym z najważniejszych objawów jest *bradycardia*, t. j. zwolnienie tętna czyli istotne zmniejszenie się liczby skurczów serca i uderzeń tętna sprychowego w pewnej jednostce czasu (minuta), i tylko taki objaw jest znamiennym dla choroby Stokes-Adamsa. Nie należą tu zaś takie n. p. przypadki, w których liczba skurczów serca w jednostce czasu jest prawidłową, jednak nie każdy skurcz jest tak silnym, aby wywołał wyczuwalną falę w tętnicy sprychowej. W przypadkach więc prawdziwej, istotnej bradykardyi ustaje zupełnie czynność serca w przerwach między poszczególnymi skurczami; w tych przestankach żadnego ruchu serca stwierdzić nie można. U ludzi młodszych 60 uderzeń na minutę, a 50 lub mniej uderzeń u starszych należy już przyjąć za objaw chorobowy; oczywiście podczas napadów obniża się jeszcze bardziej ilość uderzeń; czasami można stwierdzić nadmiernie długie przestanki między poszczególnymi skurczami serca, dochodzące do 15 lub 30, a nawet i więcej sekund.

Dalszą wybitną cechę choroby Stokes-Adamsa są wyżej wspomniane napady od najsłabszych, kilka sekund trwających i szybko przemijających zawrotów aż do najcięższych napadów padaczkowych i śpiączki, kończących się czasami i śmiercią. Wszystkie jednak napady mają to wspólne znamię, że polegają na zaburzeniach czynności mózgu i rdzenia przedłużonego: są to więc napady mózgowo-opuszkowe. Można tedy stwierdzić omdlenia, zupełną utratę przytomności, kurcze stałe lub drgawki, rozszerzone źrenice i zranienie języka skutkiem szczękościsku, obok tego zimny pot, nudności i wymioty. O ile lekkie napady przechodzą dosyć znośnie, o tyle po cięższych pozostaje zazwyczaj lekka senność lub upośledzenie pamięci.

Rozpoznanie choroby Stokes-Adamsa opiera się na dwóch zasadniczych objawach t. j. na zwolnieniu tętna i znamiennych napadach; ze względu na rozpoznanie różniczkowe należy pamiętać, że zwolnienie tętna pojawia się w różnych zatruciach, jak ołowiem, nikotyną, naparstnicą, wreszcie w cholemii, mocznicy i t. d., nadto w sprawach zakaźnych, jak w durze, błonicy, włóknikowem zapaleniu płuc, ropnicy lub w niektóych chorobach serca. Nigdy jednak z samego zwolnienia tętna bez napadów nie można rozpoznawać choroby Stokes-Adamsa; dlatego dłuższe śledzenie przebiegu podejrzanych przypadków jest nieodzowne. Przebieg cierpienia nie jest jednolity; zdarzają się przypadki trwające latami, inne znów przebiegają raczej ostro. Rokowanie jest tem gorsze, im starszy jest chory, oczywiście przy uwzględnieniu choroby pierwotnej. Z środków leczniczych — obok ogólnych środków higienicznych i dyetetycznych — zasługują na uwagę przetwory jodu, naparstnicy, azotyn amylowy (amylnitrit), nitrogliceryna, kofeina i cały szereg środków podniecających. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

M. Nonne. **Przypadek rodzinnego wiądu rdzenia na tle kiłowem.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 32, 1904). Autor doskonałej książki: *Syphilis und Nervensystem* podaje i rozbiera następujący przypadek. Dziewczyna 20-letnia zgłasza się z powodu niepewności i bolu w nogach i silnego upośledzenia wzroku. Choroba rozpoczęła się w 8 r. ż., a w jej przebiegu pojawiły się zboczenia czynności pęcherza. Badanie wykazało typowy wiąd rdzenia: obustronny zanik nerwu wzrokowego, nierówność źrenic i brak oddziaływania, statyczny i lokomotoryczny bezład miernego stopnia, objaw Romberga, upośledzenie czucia na stopach i podudziach, brak odruchów ścięgnistych, wreszcie plamy na rogówkach. Nic nie wskazywało na kiłę nabytą. Matka chorej, która kilkakrotnie roniła i rodziła płody nieżywe, przyznała się, iż mąż jej potajemnie zażywał jakieś leki. Badanie jej wykazało, iż i u niej istnieje wiąd rdzenia, którego początki wystąpiły przed 20 laty: silne bole w nogach, ich bezład i znieczulenia, zmniejszenie napięcia (*hypotonia*), zaburzenia w oddawaniu moczu, nierówność źrenic i częściowe zniesienie ich oddziaływania, brak odruchów ścięgnistych. Wobec tego Nonne zbadał rodzeństwo pierwszej pacyentki: u brata niedało badanie żadnych wyników, natomiast u starszej siostry powiodło się

stwierdzić wiąd rdzenia, a zawezwany specyalista znalazł zapalenie naczyniówki i rogówki pochodzenia najprawdopodobniej kiłowego.

Już Marburg zauważył, iż w przypadkach dziedzicznego i rodzinnego wiądu rdzenia kobiety częściej są dotknięte, niż mężczyźni, że bezład pojawia się tylko w miernym stopniu, a zanik nerwu wzrokowego niezwykle często. O rodzinie, opisanej przez Nonnego zupełnie to samo można powiedzieć. Ze względu na sprawę stosunku wiądu rdzenia do kiły ważnem jest to, iż u obu córek istniały równocześnie z dziedzicznym wiądem zmiany ócz pochodzenia prawdopodobnie dziedziczno-kiłowego. Wogóle przypadki takie, jak Nonnego, pozwalają poznać bliżej związek między kiłą, a wiądem rdzenia.

Dr. Adam Rydel.

Lenzmann. **Praktyczne doświadczenia co do przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1904, 24). Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego jest częstszem, niż dotychczas mniemano, choć nie zawsze objawia się klinicznie. Powstaje ono albo powoli bez wszelkich wyraźnych objawów, albo stanowi, o wiele rzadziej, zakończenie pojedynczych, lekkich napadów ostrych. Każdy wyrostek, dający się sposobem, podanym przez autora, wymacać jako grube, okrągłe, robakowate ciało, jest dotknięty przewlekłem zapaleniem albo przynajmniej był niem dotknięty; szczególnie w drugim przypadku nie ma zbyt wielkiej bolesności, ani też żadnych typowych objawów. Objawy przewlekłego zapalenia wyrostka bywają bowiem bardzo różnorodne. Chorzy odczuwają zawsze ciśnienie w prawej połowie podbrzusza, potęgujące się nieraz do silnych bolów i rozpromieniające się w okolicę wątroby, pępka, żołądka i grzbietu. Chorzy stają się nieraz wskutek ustawicznych dolegliwości neurastenikami, cierpią na bezsenność i są niezdolni do pracy. U kobiet uważa się te dolegliwości najczęściej za objaw chorób narządu płciowego i rozpoznaje się zazwyczaj zapalenie jajnika, tem łatwiej, że badanie prawego jajnika jest wtedy bolesne. Dolegliwości pojawiają się szczególnie po jedzeniu i przy ruchach robaczkowych przed wypróżnieniem i są często powodem pomyłki z wrzodem żołądka, kamicą żółciową lub nerką wędrującą. Z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka może też powstać nadmierna kwaśność soku żołądkowego, która znowu może stać się przyczyną wrzodu żołądka. Dolegliwości w przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego są często tak znaczne, że wycięcie wyrostka staje się pożądanem. Operacya równa się pod względem niebezpieczeństwa laparotomii próbnej.

Dr. J. Fels.

Guérard. **Czy należy zarzucić** *ventri-* **i** *vaginaefixatio* **u kobiet w okresie rozrodczym.** (*Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, tom 19, zesz. 2, 1904). Po zapale, jaki zapanował w pierwszych latach po zjawieniu się wymienionych w tytule metod operacyjnych, ustalających macicę w prawidłowem położeniu, nastąpił silny zwrot, zmierzający do zupełnego ich potępienia. Główną tego przyczyną były spostrzeżenia ciężkich czasem powikłań porodowych po tych operacyach. One dały dopiero pochop do dalszych badań, dzięki którym następuje zwolna znowu zwrot ku drodze pierwotnej. Po spojeniu macicy ze ścianami brzusznemi (*ventrifixatio*) mogą nastąpić tylko wtedy powikłania porodowe, jeżeli spojenie to będzie zbyt silne, dokonane wielu szwami (w jednym przypadku 14 szwów!) i na zbyt wielkiej przestrzeni. Doświadczenie pouczyło, że jeżeli przymocowano macicę jednym lub dwoma szwami, przechodzącymi poniżej nasady trąbek niezbyt głęboko przez mięsień macicy, to powikłania porodowe nigdy nie nastąpią. Szwy (jedwabne) należy wyjąć dopiero po 14 dniach. Autor zestawia 57 przypadków przymocowania macicy do ścian brzusznych, po którem operowane zaszły w ciążę. Z tych 4 rodziły po operacyi po 2 razy. 52 porodów było zupełnie prawidłowych, 5 razy założono kleszcze (3 razy nizkie). Dwa tylko nawroty tyłozgięcia; wyniki więc co najmniej dobre. Nie gorsze były i po przymocowaniu macicy do pochwy (*vaginaefixatio*). 39 kobiet operowanych w ten sposób rodziło 41 razy. Z tych było 37 porodów zupełnie prawidłowych, 4 razy założono kleszcze nizkie. Również nie zauważono żadnych zboczeń w przebiegu ciąży. Tylko u jednej operowanej tyłozgięcie wróciło. I tu wystarczyły 2 szwy jedwabne, przechodzące niezbyt głęboko przez mięsień macicy, nieco poniżej środka między nasadą trąbek i przyczepieniem otrzownej, aby macicę utrzymać w pochyleniu ku przodowi. Także i poronienia po tych operacyach nie są częste, skoro po *ventrifixatio* było ich 7 na 57, po *vaginaefixatio* 4 na 41 porodów czasowych. Wyniki więc autora wcale nie potwierdzają przypuszczeń niektórych ginekologów, owszem dowodzą, że operacye te, wykonane *lege artis*, nie wywołują żadnych przeszkód porodowych.

Dr. E. Ehrenpreis.

Renmaux. **Ichtyol i tigenol w leczeniu zapalenia brzegu powiekowego.** (*Clinique ophtal.*, Nr. 9, 1904). Leczenie zapaleń brzegu powiekowego należy częstokroć do zadań najtrudniejszych w lecznictwie okulistycznem. W przypadkach lżejszych wystarcza wprawdzie nacieranie brzegu powiekowego protargolem i stosowanie maści żółtej lub borowej. W przypadkach jednak zastarzałych, w których podłoże rzęs jest przerosłe i zaczerwienione i wzrost ich nieprawidłowy, w których następuje wywinięcie punktów łzowych lub całej powieki dolnej i ciągłe łzawienie, leczenie to nie odnosi skutku i chorzy błądzą od jednej kliniki do drugiej, nie odzyskując zdrowia. W takich przypadkach stosowano na klinice Dariera następujące leczenie: Obok przecięcia kanalików łzowych i wkraplania argyrolu stosuje Darier na powieki okłady z gazy, przesiąkniętej ichtyolem, pozostawiając je przez całą noc. Chorzy, w ten sposób leczeni, nie dostawali nawrotów zapalenia. Jedyną ujemną stroną tego sposobu leczenia jest silne pieczenie i bol, gdy ichtyol zetknie się ze spojówką, jeżeli chory nieostrożnie otworzy oczy. By temu zapobiedz, stosował autor za poradą Dariera tigenol, który oprócz takich samych własności leczniczych, jak ichtyol, ma jeszcze te zalety, że jest bezwonnym, że wysycha szybko na skórze, tworząc cienką powłokę, że nie drażni oka i daje się łatwo zmyć zwykłą wodą. Zamiast okładów z ichtyolu należy więc brzegi powiekowe po poprzedniem namydleniu protargolem, pomazać tigenolem i zaschłą warstwę zostawić przez całą noc. Leczone w ten sposób zapalenia brzegu powiekowego, nawet najcięższe, ustępują po dwóch lub trzech tygodniach.

Dr. W. Reis.

M. Letulle. **O zapobieganiu tężcowi zapomocą suchej i sproszkowanej surowicy.** (*La Presse médicale*, Nr. 57, 1904). Technika jest nader prosta, a podał ją prof. Calmette, dyrektor zakładu Pasteurowskiego w Lille. Po dokładnem wymyciu rany jakimś środkiem przeciwgnilnym lub najlepiej wodą, przynajmniej przez kwadrans przegotowaną, i po starannem wydobyciu ciała obcego, jeżeli się ono w ranie znajduje, zasypuje się ranę grubą warstwą suchej sproszkowanej surowicy przeciwtężcowej Calmetta. Na to zakłada się zwyczajny opatrunek przeciwgnilny. Po 24 godzinach ogląda się ranę. W razie ropienia trzeba powtarzać zasypywanie surowicy aż do zupełnego zagojenia się rany. Ta prosta i praktyczna metoda zapobiegawcza nie grozi żadnem niebezpieczeństwem. W licznych spostrzeżeniach dotychczasowych nie było ani razu żadnego rumienia, wysypki lub bolu w stawach. Sposób Calmetta zasługuje tedy zdaniem autora, jako zupełnie nieszkodliwy, na ogólne rozpowszechnienie.

Dr. Blassberg.

Riehl. **Przyczynek do nauki o opryszczkach we włóknikowem zapaleniu płuc.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 25, 1904). Autor ujmuje swoje spostrzeżenia co do opryszczek w 481 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc w zdania następujące: Opryszczki zdarzają się prawie w 30—40% włóknikowego zapalenia płuc i to częściej u mężczyzn, niż u kobiet. U jednego i tego samego osobnika opryszczki pojawiają się tylko raz, najczęściej 3 lub 4 dnia choroby. Najczęściej występują one w przebiegu drugiej i trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, szczególnie nerwu podoczodołowego. W zakresie pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego (oko, czoło) rzadko występują. Atypowe usadowienie się opryszczek na szyi, tułowiu (okolica odbytu, kość krzyżowa) i na kończynach należą do wyjątków. Zapalenia płuc u dzieci i starców przebiegają prawie zawsze bez opryszczek. Najlżejsze przypadki zapalenia płuc odznaczają się zwykle obfitemi i silnemi opryszczkami. Natomiast w 90% ciężkich zapaleń płuc, kończących się śmiertelnie, nie ma opryszczek. Prognostyczne znaczenie opryszczek jest więc do pewnego stopnia zupełnie uzasadnione.

Dr. J. Fels.

H. Dawids. **O weronalu.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1904, Nr. 31). W klinice okulistycznej Prof. Vossiusa w Giessen jakoteż w jego prywatnej praktyce znalazł weronal rozległe zastosowanie. Chorzy zażywają ten środek chętnie, a oczekiwany skutek nie zawodzi. Według doświadczeń autora wystarcza w ogólności dawka $^1/_4$ do $^1/_2$ grama u kobiet i $^1/_2$ grama u mężczyzn. Przy tych dawkach osiągano skutek, a nawet po dłuższem ich podawaniu nie było groźniejszych przypadków ubocznych. Autor nie zamilcza jednak, że już nawet po tych małych dawkach pozostawała u niektórych chorych, a to głównie u słabowitych kobiet, nazajutrz senność, niekiedy tak przykra, że niektóre chore wzbraniały się zażywać weronal. Autor poleca małe dawki ($^1/_4$ gr.) weronalu celem utrzymania chorych po operacyach w spokoju. Dawki większe uważa D. za zbyteczne i przytacza jeden przypadek, w którym po podaniu 1 grama u kobiety wiejskiej 74-letniej, czy to wskutek wysokiej dawki, czy też skutkiem idyosynkrazyi, wystąpił rodzaj omdlenia i silnej śpiączki, oraz rumień na całem ciele. Objawy te wśród łuszczenia się skóry i uczucia znużenia powoli ustąpiły w przeciągu trzech tygodni.

Dr. Blassberg.

• • •

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

O wartości helmitolu w zapaleniu pęcherza moczowego. (*Heilkunde*, Nr. 5, 1904). Kelemen donosi o wynikach leczenia helmitolem ciężkiego nieżytu pęcherza moczowego u dotkniętych rzeżączką, powiększeniem gruczołu krokowego, zwężeniem cewki moczowej lub brodawczakami. Stosował też helmitol w 10 przypadkach *urethrocystitis blenorrhoica* z parciem, silnymi bolami, w których mocz był jednostajnie mętny, zawierał znaczną ilość ropy, a leczenie miejscowe było bezskuteczne. We wszystkich tych przypadkach, spostrzeganych w peszteńskiej klinice dermatologicznej, już w bardzo krótkim czasie doznawali chorzy znacznej ulgi, mocz się wyjaśniał tak, iż można było przejść do miejscowego leczenia. Z doświadczeń autora wynika, iż można użyć helmitolu z dobrym skutkiem w zapaleniu pęcherza moczowego, powstałem na tle rzeżączkowem lub z innego zakażenia: skuteczność polega częścią na znakomitem działaniu odkażającem, częścią na działaniu moczopędnem. Na dwoinki rzeżączkowe nie wpływa helmitol swoisto, sprawia jednak kwaśne oddziaływanie moczu, odkaża go, łagodzi zapalenie, a przy pomocy przepłókiwań lub wkraplań usuwa zupełnie zapalenie. Chorzy chętnie lek ten zażywają, gdyż nie wywiera nieprzyjemnych wpływów ubocznych, a w wodzie z cukrem przypomina przyjemnym smakiem limonadę. *Baschkopf.*

Styptol zdoła według badań Toffa (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1904, 24) zastąpić zupełnie sporysz. Jestto połączenie kwasu ftalowego z kotarniną, a zatem dwóch składników, z których każdy ma własność tamowania krwotoku. Styptycynę przewyższa styptol taniością. Toff na 20 przypadków krwotoków w toku cierpień ginekologicznych nie uzyskał zapomocą styptolu żadnego wyniku tylko w 3 przypadkach krwotoków przy poronieniu, które zresztą po wyskrobaniu bez dalszego leczenia ustały. Toff podawał zwykle po 0,05 styptolu 3 razy dziennie. *Alk.*

Leczenie krztuśca arystochiną. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 27, 1904). Bargebuhr leczył arystochiną 32 przypadków krztuśca w okresie przeważnie kurczowym. Lek posiada dobre własności chininy bez jej nieprzyjemnych lub szkodliwych wpływów ubocznych i oddaje lepsze usługi w przypadkach, w których dawniej używano garbnikanu lub siarkanu chininy. Arystochina nadaje się bardzo u dzieci wobec trudności, jakie zawsze jeszcze sprawia u nich podawanie chininy mimo czekolady i innych dodatków. Można też polecić ten niewinny lek, szczególnie u chorych młodocianych lub osłabionych, nim uciekniemy się do środków narkotycznych. *Baschkopf.*

Liście naparstnicy. Nowy sposób leczenia naparstnicą opisuje Brase (*Allg. med. Centr. Ztg.*, 1903, Nr. 102). Napar z 0,1 do 0,2:20,0 w postaci wstrzykiwań w skórę lub pod skórę oddawał dobre usługi w leczeniu żylaków. Wstrzykuje się naprzemian na brzegach żył, razem 2 strzykawki Pravaza, uważając, by nie wstrzyknięto w samą żyłę.— Znakomite wyniki uzyskał Bragagnola wielkiemi dawkami naparstnicy (4 gr. dz. jako napar) w zapaleniu płuc, co tłomaczy tem, że naparstnica przeciwdziała trującym wytworom życiowym dwoinek Fränkla. (*E. Merck's Jahresber.*, styczeń, 1904). *Baschkopf.*

Tanalbinę podawał Domidow (*Deutsche Medicinal-Zeitung*, 1904, Nr. 52) w 43 przypadkach biegunek u dzieci, przeważnie w toku nieżytów ostrych, tylko 6 razy w sprawach przewlekłych. Do szóstego miesiąca życia podawał D. po 0,3, od szóstego do dwunastego miesiąca po 0,4, starszym po 0,6 tanalbiny co godzinę lub dwie aż do ustania biegunki, oczywiście przy zachowaniu odpowiedniej dyety. Jak z tego widać, dawki tanalbiny muszą być wielkie, ale wtedy działanie tego środka jest rzeczywiście wyborne. Zaletą tanalbiny jest nieszkodliwość nawet wielkich dawek i brak smaku. *Alk.*

* * *

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 3 marca 1904 r.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński, sekr tarz: Dr. Breiter.

I. Kol. prof. Dr. Mars: *O stosowaniu krążków w przypadkach opadnięcia macicy (prolapsus uteri).* W praktyce jesteśmy często w tem położeniu, że chore zgodzić się nie chcą na operacyę w celu usunięcia opadania macicy i że musimy się uciekać do leczenia zapomocą krążków. U osób młodych, jeżeli tylko krążek ma dostateczną podporę i nie wypada, możemy tym sposobem bardzo wiele uzyskać; inaczej atoli rzecz się ma z osobami w wieku późniejszym. U tych ostatnich z wiekiem pochwa ulega zanikowi, staje się w szczycie coraz węższą i lejkowatą, a błona śluzowa wrażliwą: łatwo więc powstają w pochwie owrzodzenia pod wpływem ucisku krążka, którym towarzyszą zwykle bardzo obfite nader uciążliwe, a często cuchnące upławy ropiaste. Musimy często krążki zmieniać i to na coraz mniejsze, — aż wreszcie, gdy pochwa w szczycie stała się bardzo wązką, małe krążki nie trzymają się i wypadają. Okoliczności te dały powód do wymyślania krążków nowego kształtu. I tak Breisky podał krążek maciczny jajowaty Schatz—lejkowaty, a w ostatnich czasach Rosenfeld i Menge— krążki opatrzone trzonkami. Kol. Mars miał kilka przypadków, w których mógł wypróbować te nowe krążki. W przypadkach tych krążki zwykle używane Brauna, Hodgego, nie były do użycia, gdyż albo wypadały, albo sprawiały znaczniejsze odleżyny. Krążki Breiskyego nie nadawały się ze względu na trudności, jakie istnieją przy ich wyjmowaniu. Natomiast bardzo dobre usługi oddawały mu krążki z trzonkami; do kategoryi tej należy krążek lejkowaty Schatza, będący właściwie ich pierwowzorem. Za najlepszy uważa kol. Mars krążek Schatza, gdyż jest zrobiony z jednej sztuki; krążki Rosenfelda i Mengego mogą oddawać bardzo dobre usługi, ale są o tyle gorsze, że jako złożone, trudniej dają się oczyszczać. Krążki Schatza łatwe są do zakładania, trzymają się dobrze i utrzymują się w dole pochwy; chore same mogą je sobie na noc wyjmować, a na dzień zakładać, co kol. Mars uważa za bardzo korzystne.

W bardzo długich i wyczerpujących rozprawach zabierali głos: kol. Dr. Stroynowski, Dr. Bylicki, Dr. Breiter, Dr Sołowij, Dr. Skałkowski, Dr. Kośmiński i referent.

II. Kol. Dr. Kośmiński: *Przypadek vasa praevia funiculi umbilicalis* (z demonstracyą odnośnego popłodu). *L. S.* lat 26, rz. kat., zamężna, rodziła poprzednio dwa razy prawidłowo w położeniu czaszkowem. W maju 1903 r. wezwany do rodzącej stwierdził prelegent stan następujący: pierwszy okres porodowy, ścieśnienie miednicy, główka płodu zbacza na talerz biodrowy prawy; po stronie prawej czuć grzbiet płodu i tam słyszalne tętno płodu; po stronie lewej więcej w dnie wyczuć się dają części drobne płodu. Przy badaniu wewnętrznem napotkał w ujściu, rozwartem prawie na trzy palce, stojący pęcherz płodowy, w którym przebiegał wyraźnie tętniący sznur. W pierwszej chwili rozpoznał tylko poprzedzającą pępowinę; gdy jednak dokładniej zbadał i zastanowił się, dlaczego ta pętla pępowiny ze swego miejsca się przy badaniu nie usuwa, tylko zawsze na jednem i tem samem pozostaje, przyszedł do przekonania, że pępowina ta musi być w związku z błonami, a więc, że ma do czynienia z błoniastym przebiegiem i przyczepieniem poprzedzającej pępowiny. W tym stanie rzeczy wszelkie próby wysunięcia pępowiny poza obręb pola badania byłyby oczywiście nie na miejscu, gdyż przebiegającej w błonach pępowiny odprowadzić przecież nie można. Ponieważ poród w położeniu główkowem płodu wobec wypadniętej pępowiny, której odprowadzić nie możemy, kończy się dość często niepomyślnie dla płodu pomimo szybkiej i wprawnej pomocy lekarskiej, poród zaś w położeniach miednicowych płodu przy równocześnie wypadniętej pępowinie, nawet jeżeli siłami przyrody się odbywa, jest dla płodu bezwarunkowo korzystniejszym, przeto wykonał w przypadku tym obrót na nóżki metodą Braxton Hicksa, przerywając pęcherz płodowy kilka centymetrów powyżej przebiegającej pępowiny. Po godzinie płód urodził się siłami przyrody do pępka — przy ciągłej kontroli tętna płodu — poczem wykonał pomoc ręczną i wydobył płód żywy donoszony. Popłód w 15 minut wydalony został w całości siłami przyrody. Na preparacie widzieć można (demonstracya popłodu): łożysko średniej wielkości, nie przedstawia zmian; od brzegu łożyska przebiega w błonach płodowych prawidłowy sznur pępowinowy na przestrzeni około 15 ctm.; brzeg otworu w błonach płodowych, przez który płód przechodził, jest zale dwie $^1/_2$ ctm odległy od przebiegającego sznura pępowiny.

Przyczepienie błoniaste pępowiny spotyka się względnie dość często bo według różnych autorów 4—10 razy na 1000 porodów; — jeszcze częściej spotykamy tę nieprawidłowość w przypadkach ciąży bliźniaczej, bo według Winckla nawet 50 na 1000. Natomiast rzadko stosunkowo spotykamy przodowanie naczyń pępowinowych lub pępowiny przebiegającej w błonach. Przypadki takie nierozpoznane najczęściej kończą się niepomyślnie dla płodu, jużto z powodu skrwawienia się z przerwanych naczyń krwionośnych pępowiny po pęknięciu pę-

cherza płodowego, już też z powodu przerwania krążenia, wywołanego uciskiem naczyń pępowinowych przez poprzedzającą główkę płodu. W piśmiennictwie znanych jest już dwadzieścia kilka przypadków tego rodzaju. Rozpoznanie tej nieprawidłowości w czasie ciąży zwykle nie jest możliwe; natomiast wśród porodu, gdy szyja macicy jest dostatecznie drożną, rozpoznanie nie przedstawia zdaniem prelegenta zbyt wielkich trudności, gdy tylko nie zapominamy o możliwości istnienia tej nieprawidłowości. Sznur tętniący, wyczuwalny przez błony płodowe, który palcem badającym przesunąć się z zajmowanego miejsca nie daje, ani też nie zmienia zupełnie swojego ułożenia względem błon płodowych przy różnych położeniach, jakie polecamy przybierać rodzącej, musi zawsze nasunąć myśl, że mamy do czynienia z pępowiną przodującą, przebiegającą wśród błon płodowych. Co do sposobu postępowania w takich razach, to K. uważa przypadki podobne za zupełnie identyczne z przypadkami, w których pępowina tętniąca przoduje lub wypada i żadnym sposobem odprowadzić się nie daje. Za najodpowiedniejsze więc postępowanie uważa w takich przypadkach wykonanie obrotu na nóżki, z następowem — w razie potrzeby — szybkiem wydobyciem płodu, przyczem starać się należy przerwać błony płodowe ile możności jak najdalej od przebiegających naczyń pępowinowych.

W rozprawach zabierają głos: kol. Dr. Sołowij, Dr Czyżewicz *jun.*, Dr. Mars i Dr. Kośmiński.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 23 marca 1904.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński — sekretarz: Dr Breiter.

I. Przewodniczący zawiadamia, że istnieją bardzo znaczne trudności w prowadzeniu dokładnych protokółów z posiedzeń. Odnośnie do wygłaszanych odczytów i demonstracyi można złemu zapobiedz przez dostarczanie autoreferatów, o które też najgoręcej prosi; aby jednak można było umieszczać w protokołach szczegółowo całą dyskusyę, na to potrzeba stenografa. Z braku funduszów na taki wydatek Towarzystwo pozwolić sobie nie może, pomimo iż właśnie dokładne przedstawienie i spisanie prowadzonych rozpraw i wzajemnej wymiany zdań jest rzeczą niewątpliwie największej wagi i dawać może prawdziwy obraz ruchu w Towarzystwie.

W sprawie tej przemawiali kol. prof. Dr. Mars, kol. Dr. Sołowij, kol. Dr. Festenburg, kol. Dr. Wątorek i przewodniczący.

II. Kol. Dr. Czaplicki przedstawia łożysko kształtu nerkowatego i dodaje kilka uwag, dotyczących powstawania tego rodzaju łożysk. Nieprawidłowy kształt łożyska porównywano z zaczątkami łożyska u zwierząt i uważano za twór atawistyczny. Twierdzenie to jednak nie jest uzasadnione, gdyż stosunki rozwoju łożysk zwierzęcych są zupełnie inne i o wiele prostsze. U człowieka odnieść należy te nieprawidłowości w przeważnej części do zmian zapalnych błony śluzowej macicy, które to zmiany z jednej strony powodują wzrost i bujanie kosmków na miejscach, gdzie one prawidłowo zanikają (*decidua reflexa*), z drugiej zaś strony powodują zanik kosmków na miejscach, gdzie w prawidłowych warunkach się rozwijają. Wskutek kombinacyi tych procesów wytwarzają się zamiast prawidłowych, okrągłych i owalnych łożysk rozmaite inne kształty, jak: *placenta reniformis, panduraeformis, fenestrata, biloba, triloba, multiloba.* Łożyska te wszystkie mogą powodować zaburzenia w 3-cim okresie porodowym; najczęściej przychodzi do oderwania oddzielonych małych łożysk (*placentae succenturiatae*), których najwięcej dotychczas naliczono 7. Te łożyska dodatkowe wytwarzają się na początku ciąży, na brzegu *decidua reflexa*, zmienionej wskutek spraw chorobowych (*endometritis*). Początkowo stoją one w związku z *placenta serotina*, później jednak przez bujanie i zmiany zwyrodnienia doczesnej następuje ich oddzielenie od głównego łożyska, a wskutek rozciągnięcia się tkanki może odległość ta wynosić 4—5 ctm. od łożyska głównego. Jeżeli te łożyska dodatkowe zanikną, znajdujemy na zewnętrznej stronie kosmówki zgrubienia zwane *placenta spuria.* — Łożysko przedstawione okazuje kształt wybitnie nerkowaty.

III. Kol. Dr. Breiter: *Przypadek ciąży śródmiąższowej.* Przed kilku miesiącami prelegent wezwany został wraz z drugim kolegą do przypadku poronienia u osoby drobnej, wątłej. Badanie wykazało poczynające się poronienie w 3-cim miesiącu ciąży. Z powodu krwawienia wytamponowano pochwę, a na drugi dzień usunięto jajo płodowe i wyskrobano jamę macicy, przyczem usunięto dość znaczną ilość strzępków jaja płodowego. Jamę macicy i pochwę następnie wytamponowano gazą. Na drugi dzień wczesnym rankiem dano znać prelegentowi, iż chora ta krwawi dość znacznie. Po usunięciu tamponów wprowadziłem swobodnie palec do jamy macicy, którą znalazłem próżną i o ścianach zupełnie gładkich. W rogu lewym macicy jednak wyczułem nieznaczne zwieszające się nierówności; chcąc je usunąć natrafiłem na otworek o brzegach gładkich, z którego nierówności te przedostawały się do jamy macicy. Przy nacisku palca przedostałem się z łatwością przez otworek do jamki o ścianach silnie napiętych, wypełnionej resztkami jaja płodowego. Wielkość jamy odpowiadała wielkości orzecha włoskiego. Po usunięciu treści jamka szybko zaczęła się zmniejszać, ściany obkurczyły się silnie około palca i w miarę jego wyciągania zmniejszała się tak, iż po usunięciu palca prawie zupełnie zanikła. Niewątpliwie mieliśmy do czynienia z ciążą śródmiąższową, warunki zaś sprzyjające dozwoliły, iż można było dostać się do jamy i usunąć części jaja płodowego. Względnie mieliśmy tu niezupełne poronienie ciąży śródmiąższowej do jamy macicy. Macica sama była cośkolwiek więcej wypukłona, zwłaszcza po stronie lewej. Chora wkrótce przyszła do siebie; przed kilku zaś dniami przebyła po raz wtóry poronienie, którego przebieg był zupełnie prawidłowy.

IV. Kol. Dr. Czyżewicz *junior: Dwa przypadki ciąży śródmiąższowej.* W ostatnim czasie spostrzegano w c. k. szkole położnych dwa niezwykłe przypadki. U pierwszej pacyentki, rodzącej na czasie, można było stwierdzić odosobnione dwa rogi macicy, pomiędzy któremi było głębokie zagłębienie. W prawym rogu znajdował się płód w położeniu pośladkowem I.; w lewym wyczuć się dawał elastyczny opór, a szmery tam słyszalne wskazywały na obecność łożyska. Rzeczywiście po urodzeniu się płodu zapadł się róg prawy zupełnie, podczas gdy lewy pozostał niezmieniony. Dopiero po odejściu łożyska zapadł się i ten róg i macica przybrała kształt *uterus arcuatus.* W 2-gim dniu połogu nie wykazywała macica już żadnych zboczeń co do kształtu. Zmianę kształtu macicy w czasie porodu wytłómaczyć sobie można, przyjmując rozpoznanie ciąży śródmiąższowej w lewym rogu macicy. W miarę wzrostu płodu przesunął się on do jamy macicy, łożysko zaś pozostało w pierwotnem miejscu przyczepu, t. j. w rozszerzonym macicznym końcu trąbki. W przypadku drugim, u kobiety rodzącej na czasie znaleziono na szczycie macicy w linii środkowej guz elastyczny wielkości dużej pięści, ściśle połączony z macicą i biorący udział w skurczach. Poniżej znajdował się w macicy płód w położeniu czaszkowem I. Po urodzeniu się płodu guz wyżej opisany przesunął się na prawo, odpowiadając teraz prawemu rogowi macicy; po porodzie łożyska zapadł się, poczem macica przybrała kształt prawidłowy. I te objawy wytłómaczyć można rozpoznaniem ciąży śródmiąższowej w rogu prawym macicy. Ciekawym jest tylko w tym przypadku fakt, że róg ten, zawierający w sobie łożysko, nie był umiejscowiony na boku, jak w przypadku pierwszym, lecz więcej ku linii środkowej. W przypadku tym powiększanie się i rozrost macicy musiały odbywać się głównie na koszt prawej połowy i ściany macicy. — Przebieg połogu w obu przypadkach był zupełnie prawidłowy.

V. Kol. Dr. Kośmiński okazuje preparat jaja płodowego z błoną doczesną, przedstawiający zupełny odlew jamy macicy.

Jajo to, odpowiadające rozwojem skończonym dwu miesiącom księżycowym ciąży, zostało w całości wydalone siłami przyrody przez osobę, po raz drugi będącą w ciąży. Okaz ten zasługuje z tego powodu na uwagę, że kształt jego, przedstawiający wierny odlew macicy, jest niezwykły. A mianowicie miejsca, odpowiadające rogom macicy, nie są sobie równe. Podczas gdy po jednej stronie miejsce, odpowiadające rogowi macicy jest kształtu takiego, jak zwykle w przypadkach prawidłowych, to po stronie drugiej znajdujemy wypuklenie znacznych stosunkowo rozmiarów, odpowiadające odlewowi drugiego rogu macicy. Przy rozpatrywaniu tego preparatu okazuje się, że jeden róg macicy, znacznie powiększony, mieścił w sobie więcej aniżeli połowę całego jaja płodowego, podczas gdy jama macicy wraz z drugim rogiem zawierała resztę.

Wobec tego bardzo cechującego kształtu należy przyjąć, iż w przypadku tym jajo rozwijało się początkowo śródmiąższowo w części macicznej trąbki.

W obszernych rozprawach, jakie się rozwinęły nad poszczególnymi przypadkami i o ciąży śródmiąższowej, wzięli udział kol. Dr. Bocheński, Dr. Skałkowski, Dr. Breiter, Dr. Sołowij, prof. Dr. Mars, Dr. Schellenberg, Dr. Czyżewicz *jun.* i Dr. Kośmiński.

VII. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał
Dr. B. Skórczewski.

IV. Kąpiele borowinowe.

W Krynicy zaprowadzono kąpiele borowinowe w roku 1858, lecz prawdopodobnie skutkiem wadliwego ich urządzenia były one mało używane, albowiem wydawano ich rocznie 126, 167, 188, 190, 324, 246, 540, 714, 913; aż dopiero, gdy wybudowano nowe łazienki mineralne i w nich wydawano także kąpiele borowinowe, odrazu liczba ich podnosi się do 2009 i wzrasta ciągle a jednolicie tak, że obecnie w roku 1903 wydano ich 20.360 w czasie sezonu.

Borowina krynicka, której pokłady w najbliższem sąsiedztwie są bardzo obfite i niema obawy, aby jej kiedykolwiek zabrakło, pod względem jakości i składu chemicznego nietylko nie ustępuje borowinom francensbadzkiej, maryenbadzkiej, elsterskiej, ale je przewyższa, gdyż posiada soli rozpuszczalnych 107‰, gdy tamte mają tylko 35‰, 37‰, 60‰, a zatem jest ich przeszło o $^{1}/_{3}$ więcej niż w najlepszej z tych borowin, t. j. elsterskiej. Mamy w Krynicy ten środek leczniczy o wiele lepszy, silniejszy, niż go posiadają inne wszechświatowe zdrojowiska i posiadamy go w ilości nieprzebranej, dlatego nie powinniśmy tego leku szukać u obcych, mając go w lepszym gatunku u siebie. Ależ u nas go dostać nie można, gdyż i to źródło bogactwa krajowego zupełnie zaniedbano. Że to jest bogactwo, niech posłuży za przykład Karlsbad, który nie ma borowiny na miejscu, lecz sprowadza ją koleją z okolic Franzensbadu, a więc musi opłacać dowóz kolei, fracht kolejowy i odwóz z kolei, czyli ponosić musi duże ciężary finansowe, których nie potrzebuje ponosić Krynica, mając ją bardzo blisko, a mimo to na kąpielach borowinowych robi duże interesy i buduje coraz nowe i coraz wspanialsze gmachy: Kaiserbad w roku 1895, a obecnie mają budować siódme łazienki w parku cesarza Franciszka Józefa. U nas inaczej. Jak można Karlsbad porównywać z Krynicą? Zatem porzućmy Europę: a raczej cofnijmy się o 38 lat wstecz, mianowicie do roku 1866 W tym roku w Krynicy stanął duży gmach łaziebny o 72 wannach dla kąpieli mineralnych, w których robiono także kąpiele borowinowe, otóż w tem zestawieniu widzimy, jak były w ogóle:

Kąpiele wydawane w Krynicy dawniej.

Rok	osób	kąpieli	wanien	kąpieli na 1 osobę	osób na 1 wannę	1 wanna wydaje kąpieli przez sezon
1866	940	17140	72	18·2	13	238
1867	1544	28239	"	18·2	21	392
1868	1935	30479	"	15·7	27	423
1869	1912	27699	"	14·4	27	384
1870	1643	28210	"	17·2	23	391
1871	1740	33208	"	19·0	23	461
1872	2011	37162	"	18·4	28	516
1873	899	12413	75	13·8	12	165
1874	2073	36251	"	17·5	28	483
1875	2120	38608	"	18·2	28	514
1876	2055	35363	"	17·2	27	471
1877	2284	34151	"	14·9	30	455
1878	1928	33384	"	17·3	26	445
1879	2374	38658	"	16·2	33	515
1880	2691	43305	+26	16·0	27	428
Średnio	1876	31618	—	16·8	25	418

W przeciągu tych 15 lat wydawano średnio rocznie po 31618 kąpieli, a jedna wanna służyła średnio na sezon do 418 kąpieli, zaś na jedną wannę przypadało 24·8 osób ogólnej frekwencyi, w końcu każda osoba ogólnej frekwencyi kąpała się 16·18 razy. Oprócz tego ogólnego wniosku należy tu podać jeszcze kilka wyjaśnień. Nizkie liczby z r. 1866 i 1873 pochodzą: pierwsza z powodu wojny prusko-austryackiej, a druga z powodu cholery, którą zawleczono także do Krynicy. W roku 1872 liczba kąpieli, jaką wydała jedna wanna na sezon, wzrosła do 516 i zaraz na rok następny postarano się o wytworzenie 3 nowych wanien; ale gdy to okazało się niedostatecznem i wanna obciążała się wydawaniem kąpieli ponad przeciętną liczbę i doszła w r. 1879 do 515, to już w roku 1880 stanął osobny gmach łaziebny dla kąpieli borowinowych o 26 wannach, a wkrótce potem, bo w r. 1884, stanął zakład wodoleczniczy, jako uzupełniający kuracyę kąpielami krynickiemi. Słowem, w całem tem piętnastoleciu widoczną jest wielka czujność i dbałość sfer rządzących Krynicą, aby ona posiadała dostateczną liczbę kąpieli, aby chorzy swobodnie i wygodnie z tych środków leczniczych korzystać mogli. Obecnie stan ten się znacznie zmienił na niekorzyść, co uwidocznia zestawienie, jak były w ogóle

Kąpiele wydawane w Krynicy w ostatnich 15-latach.

Rok	osób	kąpieli	wanien	kąpieli na 1 osobę	osób na 1 wannę	1 wanna wydaje kąpieli przez sezon
1889	4133	46313	106	11·2	39	436
1890	4465	49286	"	11·0	42	464
1891	4270	4[illegible]074	"	10·5	40	425
1892	4627	42933	"	9·2	43	405
1893	4551	49506	"	10·7	42	467
*) 1894	4623	54593	106	11·7	43	513
1895	5099	62464	"	12·2	47	600
1896	4577	52400	"	11·6	43	494
1897	4945	55073	"	11·1	46	515
1898	4732	54548	"	11·5	44	514
1899	5026	69908	113	13·9	44	619
1900	5882	73807	"	12·5	52	658
1901	6268	77528	"	12·3	55	686
1902	6343	79809	"	12·6	56	706
1903	6647	84701	"	12·7	58	750
Średnio	5079	59869	—	11·7	46	550

*) Krynicę objęto w zarząd Namiestnictwa.

W tych ostatnich 15 latach wydawano średnio rocznie w Krynicy 59869 kąpieli, jedna wanna służyła średnio do 550 kąpieli na sezon, zatem o 132 kąpieli więcej, niż poprzednio; zaś na jedną wannę przypadało średnio 46 osób ogólnej frekwencyi, czyli blizko dwa razy tyle, jak poprzednio, a każda osoba ogólnej frekwencyi kąpała się średnio 11·7 razy, zatem o 6 razy mniej, niż poprzednio. W tych liczbach przeciętnych nie występuje jeszcze zaniedbanie Krynicy pod względem kąpieli tak dosadnie, jakiem ono jest istotnie, ale widzi się je doskonale, rozpatrując rok po roku. Skoro w poprzednich 15 latach liczby ulegały pewnym znaczniejszym wahaniom, to tutaj wzrastają one niemal jednolicie: frekwencya podnosi się z 4133 osób na 6647 osób; liczba kąpieli wzrasta z 46313 na 84791, czyli niemal się

podwaja, a liczba wanien nie podwaja się, ale przybywa tylko 7; skutkiem tego jedna wanna, która powinna wydawać 300 do 400 kąpieli na sezon, wydawała zwłaszcza w ostatnich 10 latach powyżej 500, aż doszła do 750 kąpieli na sezon, a na jedną wannę przypadało 58 osób, zamiast 25. Porównywując te dwa zestawienia co do wydawanych kąpieli w Krynicy, stanowczo twierdzić możemy, że dawne rządy, czy to Dyrekcyi skarbu, czy też Dyrekcyi dóbr państwowych, daleko lepiej wywiązywały się ze swego zadania, niż Namiestnictwo, które, mając fundusze inwestycyjne, prawie nic w tym kierunku nie zrobiło, a właśnie w tym kierunku powinno było zwrócić całą swoją działalność.

Jeden szczegół zasługuje tu jeszcze, by się w nim bliżej rozpatrzeć, mianowicie ile kąpieli wypada na 1 osobę frekwencyi. W dawniejszych 15 latach, w czasach, gdy do Krynicy wiele osób przyjeżdżało dla zabawy, gdy Krynica była letnim salonem całej Polski, wtedy na 1 osobę przypadało około 18 kąpieli. W ostatnich zaś 15 latach, gdy się zmieniła jakość publiczności, gdy przyjeżdżają wyłącznie tylko chorzy, którzy leczą się bardzo starannie i pieniędzy na leczenie się nie żałują, mianowicie izraelici, to liczba kąpieli na osobę obniżyła się średnio na 11·7, a spadała nawet na 9·2. Do pewnego stopnia można to tłómaczyć tem, że w zestawieniu nie uwzględniłem zabiegów wodoleczniczych. Gdybyśmy te zabiegi wliczyli, to pomimo, że przy leczeniu się wodą używa się dziennie nie jedna, ale kilka procedur, nie otrzymamy tej liczby kąpieli, co dawniej. A powinno być przeciwnie, bo ludzie nie przyjeżdżają tutaj się bawić, a tylko się leczyć, zatem więcej powinni zużywać środków leczniczych. Że zaś ich nie zużywają, to główna przyczyna leży w tem, że tych środków dostać nie mogą.

Gdy przed 25 laty wybudowano łazienki borowinowe o 27 wannach, wtedy wydawano rocznie około 6000 tych kąpieli, co na 2691 osób frekwencyi czyni 2·2 kąpieli na osobę, a 1 wanna na 99 osób, zaś 1 wanna wydawała 222 kąpiele na sezon. A jak jest obecnie?

Kąpiele borowinowe w Krynicy wydawane w ostatnich 15-latach.

Rok	kąpieli	wanien	kąpieli na 1 dobę	osób na 1 wannę	1 wanna wydaje kąpieli przez sezon
1889	13900	27	3·3	153	514
1890	13739	„	3·2	165	508
1891	11636	„	2·7	158	431
1892	11115	„	2·4	171	412
1893	13[illegible]01	„	2·9	168	500
1894	15083	27	3·2	171	595 *)
1895	17651	„	3·5	189	654
1896	13874	„	3·0	169	514
1897	15000	„	3·0	183	555
1898	15168	„	3·2	175	562
1899	18153	„	3·6	186	672
1900	19296	„	3·2	218	714
1901	18717	„	2·9	232	693
1902	19479	„	3·0	235	721
1903	20360	„	3·0	246	754

*) Krynicę objęło w zarząd Namiestnictwo.

Z tego zestawienia okazuje się, że przez te 15 lat (pomimo wielkiego przeciążenia wanien, bo każda wydawać musiała nie 200—300 kąpieli na sezon, ale powyżej 500, 600, aż doszła do 754), to gdybyśmy przyjęli 100 dni pełnego, równego sezonu, wypadałoby na wannę $7^1/_2$ kąpieli dziennie, że zaś sezon główny trwa 4 do 5 tygodni tylko, to w tym czasie nawet 12 kąpieli na 1 wannę dziennie jeszcze byłoby za mało. Zapotrzebowanie tych kąpieli w Krynicy jest duże, ale temu zapotrzebowaniu nie czyni się zadość.

Zapatrując się ze stanowiska przemysłowego na potrzebę łazienek borowinowych i przyjąwszy 5 kąpieli na 1 osobę frekwencyi, a 300 kąpieli na sezon z jednej wanny, to rzecz tak się przedstawia:

Kąpiele borowinowe w przyszłem 25-leciu.

od roku	do roku	liczba osób średnio rocznie	liczba kąpieli średnio rocznie	liczba wanien
1904	— 1908	6922	34610	115
1909	— 1913	8860	44300	147
1914	— 1918	11341	56705	189
1919	— 1923	14515	72575	242
1024	— 1928	18579	92895	309

Liczby tutaj przytoczone same przez się mówią bardzo wyraźnie, że jeżeli będzie racyonalnie prowadzona gospodarka kąpielami borowinowemi w Krynicy, to społeczeństwo polskie nie będzie potrzebowało szukać gorszej borowiny we Francensbadzie i Elsterze, ale chętniej napływać będzie na te kąpiele do Krynicy, a za ten jeden środek leczniczy zostawiać będzie w kraju w niedalekiej przyszłości krocie tysięcy złr.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Walka z gruźlicą. Prof. K. Müller, dyrektor szpitala w Peszcie, proponuje Zarządowi miasta utworzenie tak zw. «dispensaires» według planu Calmettea, co ma być niezbyt kosztowne. Na Węgrzech umiera rocznie na gruźlicę przeszło 7000 osób, co odpowiada 400.000—500.000 chorych. W samym Budapeszcie umarło na suchoty w r. 1902 2600 osób, gdy wszystkie inne choroby zakaźne zabrały tylko 1305 ofiar. Gorsze pod tym względem stosunki są tylko w Rosyi. Wobec tego nie wystarczają te tylko środki zaradcze, które zaprowadzono dla suchotników, leżących w szpitalach, lecz trzeba zwrócić uwagę na suchotników chodzących, od których właśnie zagraża zdrowym największe niebezpieczeństwo zakażenia. W latach 1900 do 1902 udzielono w 9 publicznych szpitalach peszteńskich porady 194 927 przychodnim suchotnikom. Najodpowiedniejsze ze względów leczniczych i zapobiegawczych są dla takich chorych tak zw. «dispensaires», których wiele istnieje już we Francyi i w Belgii. W tych zakładach leczy się takich tylko chorych, u których stwierdzono niewątpliwie gruźlicę. W pierwszym rzędzie udziela się im porady i leków, nadto otrzymuje każdy spluwaczkę kieszonkową, którą codziennie wymienia na inną, wyjałowioną. Otrzymuje też broszurki, pouczające go o zachowaniu się etc.; dostaje mięso i mleko, stosownie do stanu, które spożywa w zakładzie. Zarząd zakładu dowiaduje się dokładnie o stosunkach rodzinnych, mieszkania i zarobkowania chorego, stosownie do tego ustala jakość wsparcia i troszczy się też o odkażenie mieszkań suchotników.

Baschkopf.

Feilchenfeld. **Uwagi higieniczne w sprawie mamek.** *(Deutsche Medic. Zeitung,* 1904, Nr. 19). Autor przypomina czas, w którym dawano pierwszeństwo sztucznemu karmieniu i na podstawie badań Soxhleta zaprowadzono je powszechnie. Gdy później stwierdzono pewne choroby, powstające wskutek sztucznego karmienia wyłącznie mlekiem, zbyt energicznie wyjaławianem, przekonano się znów, że karmienie piersią zasługuje na pierwszeństwo. Każdy przyzna jednak, iż wybór mamki należy do najwstrętniejszych czynności lekarza. Badanie mamki podobne jest poniekąd do zadania rzeczoznawcy przy kupnie konia. Trudno też stanowczo rozstrzygnąć, czy pokarm jest dobry. Niewiele pomoże zbadanie gruczołów piersiowych, brodawek, ani rozbiór chemiczny mleka. Lekarz może tylko badać konstytucyę mamki jej narządy i czy nie ma choroby zakaźnej. O dziedziczności nie może nic stanowczego orzec, gdyż ograniczyć się musi do takich wywiadów, jakie poda mamka. Co do najważniejszego pytania: dostatecznej ilości mleka, musi lekarz w zupełności polegać na orzeczeniu pośredniczki. Co prawda można zbadać dziecko, jeżeli mamka je przyniesie. Dobre wyglądanie dziecka przemawiałoby stanowczo za zdrowiem mamki i dobrocią jej pokarmu. Niestety często nie ma się pewności, że dziecko to rzeczywiście jest własnem dzieckiem mamki. Dlatego powinno zawsze być zasadą nie polecać mamek, które przychodzą bez dzieci. Autor opisuje, jak pośredniczki — przynajmniej w Berlinie — wyzyskują młode mamki, przywabione anonsami ze wsi do wielkiego miasta. Niejedna z mamek, straciwszy skutkiem nędznego odżywiania się zdolność karmienia, chwyta się nierządu, by się uwolnić z rąk stręczycielki. Dla poprawienia złego zaleca autor utworzyć schronisko dla mamek, ze wsi przybywających, najlepiej przy klinice pedyatrycznej lub zakładzie dla podrzutków. Tam możnaby mamki i ich dzieci nadzorować celem zapobiegania oszustwu, którego padają same ofiarą, a przez nie inni. Przytułek zaś dla osesków miałby tylko korzyść z takiego urządzenia, gdyż mógłby bezpłatnie używać mamek przez dłuższy czas, aż nie znajdą miejsca z odpowiedniem wynagrodzeniem. Lekarze i publiczność zyskaliby pewność, że mamki, polecone przez przytułek, są dobre. Następnie należałoby wprowadzić nadzór policyjny. Dotychczas mało zważa się na książeczkę służbową u mamek. Każda partya powinna do książeczki dokładnie wpisać czas pob tu u niej mamki, na policyi zaraz zameldować, powinno się nadzorować mieszkania mamek u stręczycielek, odżywianie etc. *Baschkopf.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15 września.

* *Otrzymujemy z c. k. Namiestnictwa następujące ogłoszenie:*

L. 122.275. W czasie między 15 a 20 października b. r. odbędzie się w Paryżu międzynarodowy Kongres dla asanacyi i higieny mieszkań. Na wezwanie kongresowego Komitetu organizacyjnego poselstwo francuskie we Wiedniu zaprasza za pośrednictwem c. k. ministerstwa spraw zewnętrznych do wzięcia udziału w obradach tego Kongresu. Wskutek reskryptu c. k. ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 22 sierpnia 1904 L. 32.685 zawiadamia się o tem Redakcyę »Przeglądu lekarskiego« i zwraca uwagę na program Kongresu, ogłoszony w czasopiśmie »Das österreichische Sanitätswesen«.

O nazwiskach ewentualnych uczestników zechce Redakcya »Przeglądu lekarskiego« zawiadomić c. k. Namiestnictwo.

Za c. k. Namiestnika: *Łoś.*

* W niedawno zakończonym międzynarodowym Zjeździe fizyologów w Brukseli polscy członkowie wzięli wybitny udział w wykładach i rozprawach: panna Joteykówna przedstawiła bardzo dokładnie przeprowadzone doświadczenia nad nużeniem się mięśni; utworzyła ona formułę matematyczną, według której nużenie to występuje. W drugim odczycie wyłożyła p. J. rzecz o wpływie wyskoku, cukru, kofeiny i innych czynników na pracę: z tych doświadczeń wysnuwa prelegentka wnioski, tyczące się ekonomii, z jaką pracuje układ nerwowy. Panna Stefanowska zdała sprawę z dwóch prac nad wzrostem zwierząt i roślin, starając się przedstawić prawidło matematyczne, według którego wzrost ten się odbywa. Prof. Beck ze Lwowa mówił o zjawiskach elektrycznych w korze mózgowej po zniszczeniu niektórych jej części. Doświadczenia, z których zdał sprawę, umożebniły wykrycie tych miejsc w mózgu, w których powstają czucia ogólne, n. p. ból. Bardzo wielkie zajęcie budziły doświadczenia Rektora Cybulskiego nad zjawiskami elektrycznemi w nerwach: praca ta, prócz doniosłej strony naukowej, ma dla naszego fizyologa to jeszcze znaczenie, że długoletni i zawzięty przeciwnik jego zapatrywań, prof. Borutau, cofnął się na całej linii i przyznał Cybulskiemu słuszność i pierwszeństwo w wypowiedzeniu teoryi t. zw. koncentracyjnej. To cofnięcie się i uznanie w ustach prof. Borutau ma jeszcze i tę stronę znamienną, że walcząc z profesorem Cybulskim, nie potrafił on należycie uszanować odmiennych zapatrywań kolegi, a doborem wcale niewytwornego stylu wprost uchybiał zasadom polemiki naukowej.

* Profesor nadzwyczajny dermatologii w Uniw. Jag., Dr Władysław Reiss, mianowany został profesorem zwyczajnym.

* Profesorowie nadzwyczajni uniwersytetu lwowskiego, Dr. Stanisław Bądzyński i Dr. Włodzimierz Sieradzki, mianowani zostali profesorami zwyczajnymi.

* Doc. Dr. Wincenty Łepkowski otrzymał tytuł profesora dentystyki.

* Nadetatowi ordynatorowie warszawskiego szpitala Dzieciątka Jezus, Dr. Janowski i Dr. Stefan Jakowski, mianowani zostali ordynatorami etatowymi.

* Dyrektorem szpitala powszechnego w Bochni mianowany został Dr. Bolesław Nodzyński, sekundaryuszem tegoż zakładu Dr. Roman Urysz.

* Asystent sanitarny, Dr. Eustachy Baczyński, przeniesiony został z Zbaraża do Zborowa.

* Jednym z sekretarzy nowopowstałego Towarzystwa lekarskiego w Charbinie wybrany został Dr. Arcimowicz.

* Dzienniki donoszą, że w okolicy Mińska znaleziono zdroje żeleziste.

* Rada kijowskiego Towarzystwa wzajemnego kredytu przeznaczyła 25,000 rubli na zapomogi dla rodzin lekarzy, czynnych w obecnej wojnie wschodniej.

* Cholera w krajach azyatyckich nie ustaje. W Baku stwierdzono jeden przypadek, prawdopodobnie zawleczony z Persyi, a istnieje uzasadniona obawa, że wybuchnie ona na Kaukazie w większych rozmiarach.

* Międzynarodowy Kongres dla walki z gruźlicą, który się zbierze w Paryżu między 2 a 7 października 1905 r., powziął już uchwałę co do tematów, które w formie referatów poddane będą pod rozprawy członków zjazdu. Sekcya patologiczna wybrała trzy następujące zagadnienia: 1) leczenie tocznia (lupus) nowemi metodami; 2) wczesne rozpoznawanie gruźlicy przy zastosowaniu nowych metod; 3) badania porównawcze gruźlicy różnych rodzajów. Sekcya społeczna: 1) czynnik etyologiczny gruźlicy; 2) rola sanatoryów w walce z gruźlicą; 3) instytucya ubezpieczeń w walce z gruźlicą.

* Ile kosztuje rad? Dzięki niepomiernie wysokiej cenie badanie naukowe i kliniczne tego pierwiastku chemicznego trafia na nieprzezwyciężone trudności: 0,005 bromku radu kosztuje 2.000 franków; 0,01 — 4,000 fr.; 0,1 — 40,000, a 1,0 — 400,000 fr. Takie ceny podają ogłoszenia w czasopiśmie *Le Radium,* wydawanem przez grono badaczy, oddających się specyalnemu studyowaniu promieniotwórczości.

* Między 20 a 27 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, drohobyckim, horodeńskim, rawskim (po 1 gminie), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), turczańskim (3 gm.), złoczowskim i żółkiewskim (po 1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzwyczajny chirurgii w uniw. czeskim, Dr. Kukula, mianowany został profesorem zwyczajnym. Dr. Kossel mianowany — profesorem zwyczajnym higieny w Giessen, w miejsce Gaffkyego. Prof. Krehl z Tybingi objął katedrę medycyny wewn. i kierownictwo kliniki lekarskiej w Strassburgu, jako następca Naunyna. Prof. Lyon z Chicago mian. został profesorem fizyologii w Waszyngtonie.

Nekrologia. Dr. Władysław Głaczyński, emerytowany prymaryusz szpitala, zmarł w Kołomyi. Dr. Sokołowski zmarł w Wrocławiu. Dr. Sousa prof. okulistyki — w Lizbonie. Dr. Koebner, b

profesor wrocławskiej kliniki dermatologicznej, zmarł w Berlinie w 66 roku życia. Dr. Zenon Cywiński, ceniony okulista, zmarł w Wilnie.

Bibliografia

— *Nowiny lekarskie* Z. 9. Noiszewski: Poczucie mięśniowe uczucie inerwacyi. Dziembowski: Leczenie kamicy nerkowej. Rakowski: Przypadek ostrej niedrożności jelit wyleczony za pomocą użycia prądu przerywanego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 36. Halpern: O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczenia w dyetetyce przy zapaleniu nerek. Schoeneich: Przyczynek do rozpoznawania różniczkowego zrostów osierdzia i wad zastawkowych w wieku dziecięcym.

— *Medycyna* Nr 36. Dehnel: Wrzekome zapalenie wyrostka robaczkowego. Smoleński: O znaczeniu leczniczem związków gliceryno-fosforowych u dzieci (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Z. 8. Prechner: Krzywica w świetle poglądów współczesnych. Fidler: Przyczynek do epidemiologii błonicy (c. d.). Serkowski: Zarys semiotyki moczu (c. d.). Puławski: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą swoistą (z prac wni prof. Bujwida).

— *Zdrowie* Z. 10. Szyc: Udział kobiet w wychowaniu fizycznem i konieczność przygotowania się do tej roli. Sulgustowska: Slöjd i jego stanowisko wobec wychowania i higieny. Neumarkowa: O slöjdzie pedagogicznym. Przedborski: O wpływie niedrożności nosa i jamy nosowogardzielowej na zdrowie dzieci i podrastającej młodzieży. Przychodzki: Uwagi o stanie sanitarnym m. Radomia i o potrzebie reorganizacyi Komisyi sanitarno wykonawczych w naszych miastach gubernialnych. Tołwiński: Klimat na Dalekim Wschodzie.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 36. Kopfstein: Kasuistika vzácnych nádorů v chirurgii. Libenský: Užiti paprsků Roentgenových ve vnitřním lékařstvi (c. d.). Návrat: O samovraždě (c. d.).

— *Sbornik klinický* Nr. 6. Kose: Přispěvek ku seznáni účinku nikotinu na srdce. Niederle: O spodni luxaci v kloubu kyčelním. Kutvirt: Sarcoma sinus frontalis. Šamberger; Dermatitis blastomycetica.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 8. Rubeška: Přispěvek ku hnisani v boubelich vaječnikových. Mráček: Jak vyšetřovati chrup žactva.

— *La Presse médicale* Nr. 71. Adenot i Latarjet. Przepuklina nadbrzuszna błony śluzowej żołądka. Malibran: Mechanizm rozedmy płuc. Testevin i Busquet: Zapalenie gardła rzekomobłonicze złośliwe na tle łańcuszkowców i pneumokoków.

Nr. 72. Marandon i Montyel: Spotęgowanie licznych wydzielin w przebiegu porażenia postępującego. Delbet: Leczenie przetok kałowych, występujących po uwięźniętych i uległych zgorzeli przepuklinach udowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36. Nader bolesne pasy po postrzale głowy. Laqueur: Leczenie przewlekłych gośćcowych i rzeżączkowych schorzeń stawów za pomocą zastoinowego przekrwienia metodą Biera. Seidelin: Badania treści żołądkowej u osobników starszych. Liefmann: Przypadek guza w mózgu po urazie. Operacya. Stifler: O opadnięciu aorty brzusznej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 36. Edlefsen: Przyczynek doświadczalny do nauki o utleniającem działaniu substancyi fluoryzujących. Lichtwitz: O działaniu substancyi fluoryzujących. Donath i Landsteiner: Hemoglobinurya napadowa. Düring: O wyprysku. Schumm: Przyczynek do nauki o alkaptonuryi. Wagner: O gnilcu sporadycznym. Stein: Przyczynek do leczenia moczówki prostej. Rheinholdt: Żółtaczka i cukrzyca na tle nerwowem. Oberwinter: Przyczynek wrodzonego połączenia między aortą a tętnicą płucną z jednoczesnem wytworzeniem się tętniaka w wspólnej przegrodzie. Bulling: Wdychiwania z fenylpropiolanem sodowym w gruźlicy krtani i płuc. Jesionek: Nowa dermoterapeutyczna lampa do naświetlania.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 36. Nitsch: Uwagi nad metodą Pasteura szczepień przeciw wściekliźnie. Baumgarten: Przyczynek do chorobotwórczości prątka Friedländera i tkankorództwa komórek Mikulicza. Goldman: Tymczasowe uwagi nad szczepieniem w świetle czerwonem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 37. Friedrich: Leczenie przewlekłego otoku jamy Highmora. Schaudinn: Przedostawanie się zarodków tęgoryjca przez skórę z zewnątrz. Volhard: Oczne objawy przy porażeniu ramienia. Brat: W sprawie pomocy dla pracujących w fabrykach wyrabiających trucizny. (Polemika z Dr. Lewinem i odpowiedź tego ostatniego na zarzuty Brata). Ury i Alexander: Nieprawidłowości w kale przy schorzeniu trzustki (dok.).

Redakcya otrzymała. Spira: Bericht über die Thätigkeit des rhinootiatrischen Ambulatoriums des israelitischen Spitales in Krakau in der Zeit vom 1—I bis zum 31—XII 1903. — C. Beck: 1) Ueber ein neues rhinoplastisches Verfahren. 2) Beitrag zum amerikanischen Vorbildungsunterricht. 3) Ueber das Korrekturverfahren bei schlecht verheilten Knochenbrüchen. 4) Ueber Verknöcherungsvorgänge in den Venen im Lichte des Röntgenverfahrens. — Kucharzewski: Recherches expérimentales sur les modifications du sang après les injections de sérums thérapeutiques et de sérum normal de cheval.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 36 (od 4/IX do 10/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 17, dz. 22; nieżywo: chł. 3, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 16, kob. 16; zamiejscowych: męż. 10. kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. 1, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 3, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 2. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 32, obcych 22.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.